

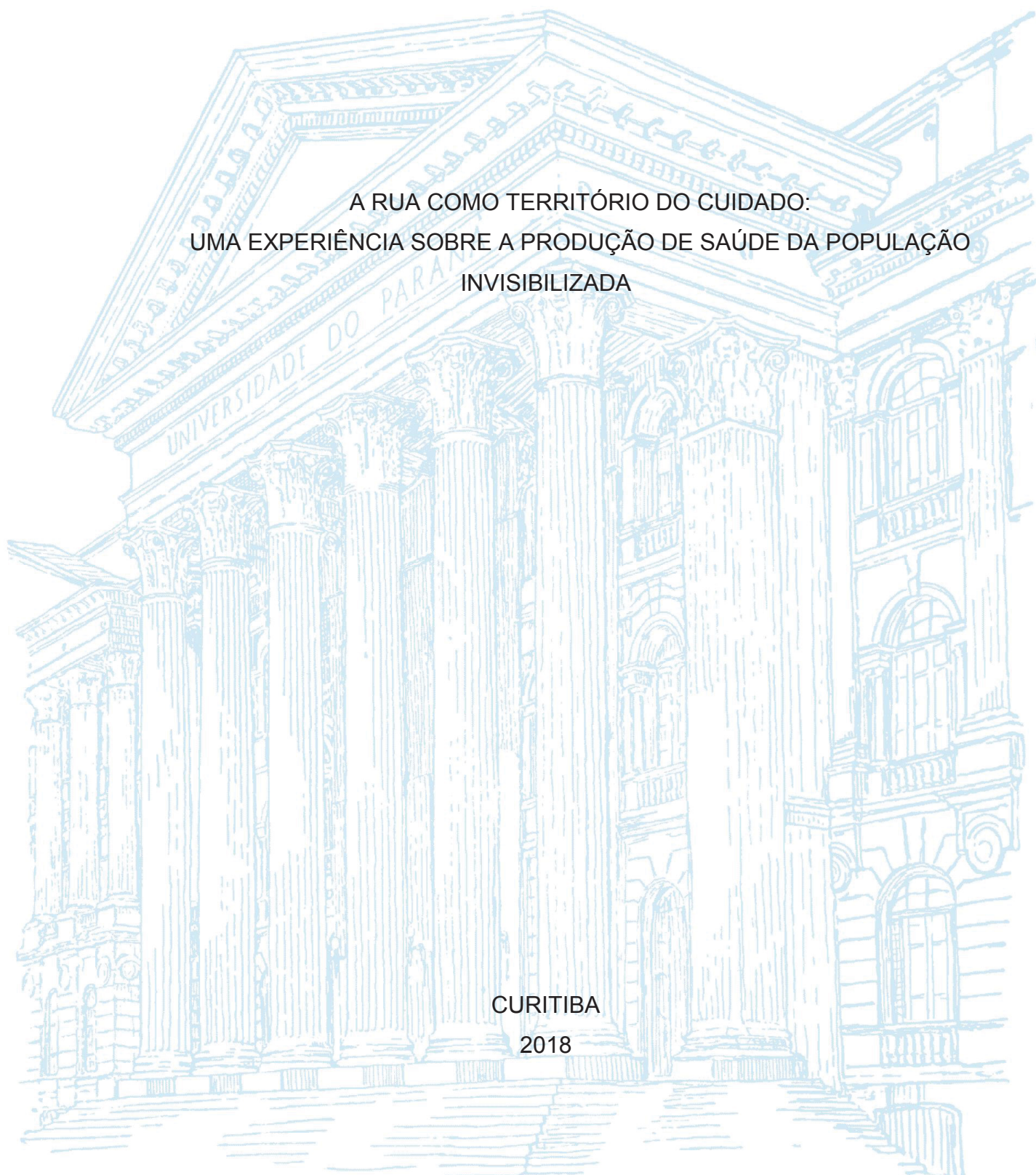
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANE WOLLMANN

A RUA COMO TERRITÓRIO DO CUIDADO:
UMA EXPERIÊNCIA SOBRE A PRODUÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
INVISIBILIZADA

CURITIBA

2018



ADRIANE WOLLMANN

A RUA COMO TERRITÓRIO DO CUIDADO:
UMA EXPERIÊNCIA SOBRE A PRODUÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
INVISIBILIZADA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Helvo Slomp Junior

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

CURITIBA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
APLICADAS – SIBI/UFPR COM DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)
Bibliotecário: Eduardo Silveira – CRB-9/1921

Wollmann, Adriane

A rua como território do cuidado: uma experiência sobre a produção
de saúde da população invisibilizada / Adriane Wollmann. - 2018.
126 p.

Orientador: Helvo Slomp Junior.

Coorientador: Rafael Gomes Ditterich.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de
Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas.

Defesa: Curitiba, 2018.

1. População em situação de rua. 2. Consultório de rua. 3. Políticas
Públicas. I. Slomp Junior, Helvo. II. Ditterich, Rafael Gomes. III.
Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas.
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. IV. Título.

CDD 362.592098162

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ADRIANE WOLLMANN**, intitulada: **A RUA COMO TERRITÓRIO DO CUIDADO: UMA EXPERIÊNCIA SOBRE A PRODUÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INVISIBILIZADA**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 24 de Agosto de 2018.


HELVO SOMP JUNIOR(UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)

GISELI CIPRIANO RODACOSKI(ESPP)


ADRIANO MASSUDA(UFPR)

ROBERTO EDUARDO BUENO(UFPR)

A todos os que não são vistos...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por serem meu abrigo e território seguro;

Ao meu amor, por seguir comigo mesmo em territórios confusos;

À minha família pelo amor em todas as minhas andanças;

Ao Helvo, por insistir e não me deixar desistir em momentos de desterritorialização;

Ao Rafael, pela acolhida, investimento e aposta;

Aos professores e colegas do 4P, pelos ensinamentos e cuidado comigo;

Aos amigos, pelo compartilhar;

Aos gestores e técnicos da Secretaria Municipal da Saúde, pela confiança;

Às equipes que construíram comigo a experiência, pelo encontro intercessor;

Às pessoas em situação de rua, pelo vínculo;

Aos meus alunos, por me ensinarem;

À vida, pela oportunidade.

(...) Meu nome é favela
É do povo, do gueto, a minha raiz
Becos e vielas
Eu encanto e canto uma história feliz
De humildade verdadeira
Gente simples de primeira
Salve ela, o meu nome como é
Meu nome é favela
É do povo, do gueto, a minha raiz
Becos e vielas (...)
(Arlindo Cruz e Rafael Delgado)

RESUMO

O notável crescimento da população em situação de rua, ao longo dos últimos anos no Brasil, demanda que a atenção dedicada à ela pelo Estado acompanhe a mesma velocidade, uma vez que figura entre os que não são reconhecidos socialmente como cidadãos de direitos e permanecem invisibilizados pela sociedade. Ainda que existam algumas ações recentes, as tônicas das políticas públicas perpassam por cunhos assistencialistas e/ou higienistas. O acesso aos serviços de saúde, bem como a outras políticas públicas, muitas vezes foi obstaculizado pela falta de documento de identificação ou de comprovante de residência, e é um grande desafio colocado para os municípios brasileiros. Este trabalho tem como objetivo relatar a implementação da política específica para a população em situação de rua, no que tange à saúde, no município de Curitiba, no período de 2010 a 2016, com especial ênfase para sua fase inicial, através do Projeto Consultório de Rua e do Programa Consultório na Rua; de forma a apresentar os efeitos que a experiência promoveu na política municipal de saúde, a partir de alguns de seus resultados práticos. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa que utiliza a abordagem cartográfica. Foram recuperados retrospectivamente narrativas de campo e fragmentos de histórias de vida, a partir de dados e registros constantes nos Diários de Campo, então recurso pessoal da autora que auxiliava em suas experiências de atendimento, desde 2010 a dezembro de 2016, ora como psicóloga na assistência, ora na gestão. As anotações realizadas nos Diários de Campo incluíram observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento. Dos resultados obtidos, foram considerados as três principais demandas ou conjunto de necessidades da população atendida. Conclui-se que, apesar da existência de programas que buscam prestar atendimento à população em situação de rua, é notável a necessidade de desenvolver políticas públicas que trabalhem para soluções dos problemas que atingem os envolvidos, que promovam dignidade e ressignificação dos seus direitos e o acesso aos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Consultório de Rua. Consultório na Rua. Política pública de saúde. População em situação de rua.

ABSTRACT

The remarkable growth of the homeless population over the last few years in Brazil demands the State attention to be increased at the same speed, specially considering that those persons are usually not socially recognized as citizens of rights and tend to remain invisible to the rest of the society. Although there are some recent governmental actions regarding the homeless, the bases of their public policies are essentially assistentialist or hygienist. Access to health services, as well as other public policies, has often been hampered alleging lack of documents such as ID cards or proof of adress, and it is a major challenge for Brazilian municipalities. This paper aims to report on the implementation of the specific policy for homeless persons, regarding health, in the city of Curitiba, from 2010 to 2016. Special emphasis is given to its initial phase, through the Office in the Street Project and the Street Outreach Office Program; intending to present the effects that the experience promoted in the municipal health policy, based on some of its practical results. It is a quantitative-qualitative research that uses the cartographic approach as methodology. Field narratives and fragments of retrospective life histories were presented, based on the author's Field Diaries data, from 2010 to 2016, either as a attending psychologist, or in management of the project. For the cartography, the Field Diaries notes collaborate on data elaborating and transform observations and phrases captured in the field into knowledge. From the results, three main demands or homeless population needs were categorized and a chapter was dedicated to each. The study concludes that, despite the existence of assistance programs to the homeless population, it is notorious the need to develop public policies aiming the solution the problems that affect those involved, that promote dignity and resignification of the human rights and accessibility to the principles advocated by the Unified Health System

Key words: Office in the Street; Street Outreach Office; Public Health Policy; Homeless Population

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fachada da Central de Resgate Social	38
FIGURA 2 – Sala de Convivência da Central de Resgate Social	40
FIGURA 3 – Sala de Observação da US FAS-SOS.....	42
FIGURA 4 – Feira Gastronômica Praça Osório.....	46
FIGURA 5 – Futebol.....	53
FIGURA 6 – Alongamento e Aquecimento.....	54
FIGURA 7 – Roda de Conversa	56
FIGURA 8 – Lançamento Oficial do Consultório na Rua.....	63
FIGURA 9 – Atendimento Itinerante do Consultório na Rua	64

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Gênero da População em Situação de Rua em Curitiba.....	27
GRÁFICO 2 – Faixa Etária da População em Situação de Rua em Curitiba	28
GRÁFICO 3 – Locais de Pernoite da População em Situação de Rua em Curitiba..	29
GRÁFICO 4 – Total de Pessoas Atendidas pelo Consultório de Rua	58
GRÁFICO 5 – Encaminhamentos Gerais	59
GRÁFICO 6 – Encaminhamentos por Tipos de CAPS.....	59
GRÁFICO 7 – Pessoas Atendidas X Pessoas Encaminhadas para CAPS.....	60
GRÁFICO 8 – Encaminhamentos para Unidades de Saúde	61

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ASB	-	Auxiliar de Saúde Bucal
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CD	-	Cirurgião Dentista
CDQ	-	Consultor em Dependência Química
CdeR	-	Consultório de Rua
Centro POP	-	Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	-	Constituição Federal
CMS	-	Conselho Municipal da Saúde
CnaR	-	Consultório na Rua
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRS	-	Central de Resgate Social
CT	-	Comunidade Terapêutica
DA	-	Delegacia do Adolescente
DS	-	Distrito Sanitário
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
eCR	-	Equipe de Consultório na Rua
eSF	-	Equipe de Saúde da Família
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
FAS	-	Fundação de Ação Social de Curitiba
FIPE	-	Federação Instituto de Pesquisas Econômicas
GM	-	Guarda Municipal
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	-	Infecção Sexualmente Transmissível
IPEA	-	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MDS	-	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR	-	Movimento Nacional da População de Rua

MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PEAD	-	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PM	-	Polícia Militar
PMC	-	Prefeitura Municipal de Curitiba
PNAB	-	Política Nacional da Atenção Básica
PNPR	-	Política Nacional da População de Rua
PSR	-	População em Situação de Rua
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
RD	-	Redução de Danos
SMS	-	Secretaria Municipal da Saúde
SPA	-	Substância Psicoativa
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TB	-	Tuberculose
TO	-	Terapeuta Ocupacional
TSB	-	Técnico de Saúde Bucal
UAI	-	Unidade de Acolhimento Institucional
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UPA	-	UPA
US	-	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
1.1	Pra começo de conversa	16
1.2	Do meu lugar de (para a) fala	16
1.3	(In)definições conceituais em torno do objeto de estudo	19
1.4.	População em situação de rua como campo problemático	25
1.4.1	Contextualização do tema no município da pesquisa	27
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
2.1	QUESTÕES NORTEADORAS	32
2.2	OBJETIVOS	32
2.2.1	Objetivo Geral.....	32
2.2.2	Objetivos Específicos	33
2.3	Proposta Metodológica.....	33
3	CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM CURITIBA: O RELATO DA EXPERIÊNCIA	38
3.1	Antecedentes Históricos	38
3.2	O Início do Consultório na Rua em Curitiba.....	43
3.2.1	Cartografias da Rua como Território de Cuidado.....	44
3.2.2	Dos Registros ao Levantamento das Necessidades.....	57
3.3	A Implantação do Consultório na Rua em Curitiba.....	61
4	DEFINIÇÃO DA APOSTA INVESTIGATIVA	66
5	PRIMEIRO ESTÃO OS DENTES QUE OS PARENTES.....	68
5.1	A saúde bucal da População em Situação de Rua: a experiência do atendimento do Consultório de Rua.....	68
5.2	Inclusão do Cirurgião-Dentista nas equipes de Consultório na Rua: a influência da experiência.....	71
5.3	A experiência de Curitiba como influência nacional?.....	76
6	A MÃE QUE NÃO BALANÇA O BERÇO.....	81
6.1	Gestantes em situação de rua: a experiência do atendimento do Consultório de Rua.....	81
6.2	Atendimento das gestantes em situação de rua pelo Consultório na Rua: a influência da experiência.....	84
6.3	Da invisibilidade aos holofotes: quem decide o que é ser uma boa mãe?.....	89

7	ENTRE GOLES, PEDRAS, PANOS, CACHIMBOS E FUMAÇAS.....	96
7.1	Os cenários de uso de drogas nas ruas: a experiência do atendimento do Consultório de Rua.....	96
7.2	A Rede de Atenção Psicossocial e as Pessoas em Situação de Rua.....	104
7.3.	Os manicômios que ainda habitam cada um de nós.....	109
8	PRA NÃO DIZER QUE EU NÃO FALEI DAS DORES OU O MOMENTO DE CONCLUIR.....	114
	REFERÊNCIAS	118

1 INTRODUÇÃO

1.1 PRA COMEÇO DE CONVERSA...

Tá lá o corpo estendido no chão¹. Na calçada. Em frente à loja ou à lanchonete. Em frente ao terreno baldio ou ao prédio abandonado. No ponto de ônibus. Com um cobertor por cima, fino, bem fino. Ou sem. Acordado? Dormindo? Não se sabe se vivo ou morto, se respira ou não. Tá lá um corpo invisível no chão. Por quê? Porque não se chega perto, porque não se enxerga ou se finge não ver, porque se desvia para não tropeçar. Tá lá um corpo esquecido no chão. Ignorado pela família, pelo trabalho, pelos afetos, pelos direitos, pela sociedade. Tá lá um corpo indigente no chão. Não se sabe o nome. Porque não se pergunta, não se quer saber. Tá lá um corpo congelado no chão. Porque exposto às intempéries do clima. E da vida sem importância. E um silêncio servindo de amém².

1.2 DO MEU LUGAR DE (PARA A) FALA

Formada em psicologia e especialista em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise, integrei a equipe técnica da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, sendo referência para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município quando fui convidada, em 2010, para compor uma equipe de um projeto diferente e inovador no Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade: chamava-se Projeto Consultório de Rua (CdeR), e seguia uma então proposta do Ministério da Saúde (MS) de atender prioritariamente crianças e adolescentes em uso de drogas em espaços públicos. O CdeR é uma experiência que surgiu no início dos anos 90, em Salvador - BA, idealizado pelo professor Antônio Nery Filho como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas. Em 2009, o MS propõe o CdeR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), sendo incluído também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos

¹ Letra da canção de João Bosco e Aldir Blanc: "De frente pro crime".

² Idem.

serviços de saúde, visando melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas por meio de ações de rua. A equipe foi inicialmente composta por três profissionais: um psiquiatra, uma redutora de danos³ e eu, psicóloga. Em junho de 2010 iniciamos as saídas a campo, na região das praças do centro da cidade, à procura do nosso “público alvo”. As saídas aconteciam uma vez por semana, às quartas-feiras, entre 19 e 22 horas.

Eu já trabalhava com usuários de substâncias psicoativas (SPA), tanto em hospital quanto em atendimento ambulatorial, mas nunca havia trabalhado com pessoas que utilizavam drogas na própria cena de uso. Com o passar das semanas, entendemos que para conseguirmos chegar até o público ao qual o projeto se destinava – crianças e adolescentes – tínhamos que atender também os adultos. Elegemos, junto com eles, uma praça da região central que contava com uma cancha poliesportiva, e ali aconteciam nossos encontros semanais.

Quando me apresentava como psicóloga, muitos pediam para conversar em lugar mais reservado, e começavam a contar suas histórias, fragmentos de suas vidas. Com o passar do tempo, eles referiam o quanto se sentiam bem com nossa presença e com nossas conversas: *“vocês vêm aqui pra dar voz pra favela”* - me disse certa vez Moreno⁴, um rapaz de 21 anos, funcionário de uma empresa multinacional, que estava afastado de suas atividades por questões com a dependência química - e essa frase nunca mais me saiu da cabeça. Ele dizia que ninguém os escutava ou enxergava e que eram invisíveis para as pessoas que não estavam, como eles, em situação de rua: *“só a polícia que lembra de nós”*.

Naquela época eu não intencionava realizar uma pós-graduação tendo a rua e seus moradores como tema, mas registrava todas as ações, afecções, impressões e intervenções, minhas e da equipe, em um diário de campo próprio. Foram três anos ininterruptos de atendimentos semanais, e a cada encontro eu aprendia sobre as possibilidades de resistência e resiliência, da vida na rua, da rua como espaço produtor de vida. A frase de Moreno me acompanha até hoje, assim como a

³ Redutor de danos é uma categoria profissional que utiliza uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas (LANCETTI, 2014). A SMS não conta com o profissional redutor de danos em seu quadro funcional e o trabalho da redutora de danos foi inicialmente em caráter voluntário, sendo posteriormente contratada por uma Organização Não Governamental (ONG), conveniada com a SMS, havendo então, um repasse financeiro para os custos trabalhistas da profissional.

⁴ Todos os nomes e apelidos que aparecem nesse trabalho são fictícios, para resguardar o anonimato das pessoas atendidas.

experiência da construção de vínculo e confiança estabelecida entre nós, fundamental para qualquer trabalho que se pretenda com a população em situação de rua (PSR).

Em 2013 o município de Curitiba implementou quatro equipes de Consultório na Rua (CnaR), que funcionariam 40 horas semanais, atendendo a todas as demandas de saúde da PSR. O CnaR é uma estratégia regida pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a) e implantada pela Portaria Ministerial 122 de 2012 (BRASIL, 2012b), que procura ampliar o acesso da PSR e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica. No momento de redação desta dissertação, Curitiba contava com quatro equipes, constituídas pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. Pela experiência anterior, fui convidada para assumir a gestão do programa, coordenei os processos de seleção e capacitação das equipes, implantação e execução do CnaR desde seu início em 2013, até janeiro de 2017.

Em 2016 iniciei a pós-graduação em Políticas Públicas com a ideia de continuar a “dar voz pra favela”, por meio de um projeto de pesquisa que contemplasse entrevistas com moradores de rua, onde eles próprios pudessem contar sobre sua saúde e os atendimentos no SUS por eles procurados e recebidos. A ideia era inédita a nível local, uma vez que os trabalhos acadêmicos realizados até então focavam em entrevistas com trabalhadores, gestores ou participantes do movimento social da PSR. Submeti o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), com modelo das entrevistas semiestruturadas e com termo de consentimento livre e esclarecido.

No entanto, a vida, com todas as suas vicissitudes, é o que nos acontece enquanto fazemos outros planos. Descobri um nódulo mamário e em seguida o diagnóstico: neoplasia maligna mamária. A intervenção exigia exérese do nódulo e tratamento oncológico posterior. Foram 180 dias de afastamento das atividades laborais e acadêmicas. Com o final da intervenção radioterápica e início do tratamento com hormonioterapia, uma recomendação médica: não realizar atendimento ao público, dada a constatação de baixa imunidade. Ao obedecer tal indicação, foi necessário adiar o projeto de “dar voz pra favela” por meio das entrevistas, para um outro momento. Se não mais com as entrevistas, como viabilizar que o objetivo não se perdesse?

Ao buscar alternativas de pesquisa acadêmica que viessem ao encontro da proposta inicial, deparei-me com os diários de campo que escrevia quando estava tanto na assistência quanto na gestão do CdeR e CnaR, na época apenas ferramentas de trabalho, e vislumbrei a possibilidade de utilizá-los para coleta de dados. Ali, além de histórias de vida, sendo que alguns fragmentos de algumas delas são narradas no presente trabalho. Também foi possível tabular encaminhamentos e discutir sobre o conjunto de necessidades em saúde da PSR de 2010 a 2013, seus desdobramentos e os locais da rede de saúde para onde foram encaminhados. O objeto inicial do mestrado que originou esta dissertação estava garantido, porém agora com outro material empírico.

Dessa forma, ainda que não transcrita literalmente, ainda que rebuscadas com as minhas próprias memórias, a PSR será representada por meio de sua própria fala, preservada pelo vínculo estabelecido com a pesquisadora, bem como legitimada e presentificada. Porque aqui, é a voz, e não o silêncio, que se pretende que sirva de amém⁵.

1.3 (IN) DEFINIÇÕES CONCEITUAIS EM TORNO DO OBJETO DE ESTUDO

Manchetes e matérias jornalísticas sobre o número de pessoas que fazem das ruas das cidades seu local de subsistência, permanência e/ou moradia, circulam pelas capas dos mais conceituados e/ou sensacionalistas folhetins nacionais, ainda que essa dinâmica social não seja um movimento novo e nem exclusividade do Brasil. Já na Grécia antiga, o ato de estar na rua e não possuir residência fixa foi deflagrado por Diógenes de Sínope (404-323 a.C.), que expulso de sua cidade de origem foi viver em Atenas, conheceu seu mestre Antístenes e habitou um grande barril. Seus únicos pertences eram uma lamparina, que utilizava também durante o dia “para procurar um homem honesto”, um bastão, uma sacola e uma tigela, que simbolizavam o desapego perante o mundo. Diógenes buscava cumprir o ideal da autossuficiência, fez da pobreza uma virtude, na intenção de se contrapor às instituições e aos valores sociais. Ficou conhecido como o primeiro “mendigo” da história (BRASIL, 2013, p.15).

⁵ Parafraseando a canção “De frente pro crime”, de João Bosco e Aldir Blanc.

Segundo a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, é notável o crescimento da PSR ao longo dos anos, e a atenção dedicada a ela pelo Estado precisa acompanhar a mesma velocidade, já que demanda um olhar mais atencioso às suas necessidades individuais: *“Atualmente, a situação de exploração capitalista do trabalho, as desapropriações de terras, desigualdade socioespacial, a concentração de renda são fatores intrínsecos ao aumento da pobreza e da situação de rua”* (BRASIL, 2013, p.15). Assim, a desigualdade social e a marginalização de pessoas com menor poder aquisitivo é uma característica marcante na estrutura da sociedade brasileira, como também o é em boa parte das sociedades capitalistas contemporâneas:

Estar nas ruas não é um movimento atual na sociedade. Percorrer distâncias, migrar, perambular, não possuir residência fixa é uma dinâmica social relatada desde a Grécia antiga. A denominação “situação de rua” só pôde advir após a sedentarização e construção de moradias familiares ou individuais da humanidade. Em épocas nômades tal concepção seria impossível (BRASIL, 2013, p.14).

Diferentemente de Diógenes, que fez com que Alexandre, o Grande, confidenciasse que “queria ser Diógenes, se não fosse Alexandre”⁶, a PSR provoca atualmente outras formas de incômodo na sociedade, que hoje a associa com a violência, má índole e estagnação produtiva, negando-lhe a categoria de cidadão de direitos. No Brasil, o termo PSR *“expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar”* (BRASIL, 2012a, p. 21), e converge para um processo de exclusão social, que vem aumentando, como pode ser observado empiricamente, no país. Castell, em 1997, já propunha a marginalização como um processo, e a situação de tais indivíduos como resultado de uma dinâmica de exclusão, utilizando o termo “desfiliação” para nomear o processo da saída para as ruas.

A Organização das Nações Unidas (ONU) caracteriza a população em situação de rua, segundo Trino et al. (2015), em dois grupos distintos, a saber: o primeiro grupo é identificado como *“shelterless”* – desabrigados, ou seja, indivíduos que vivem na rua por falta de local de moradia devido a tragédias naturais, guerras e desemprego em massa; já o segundo grupo é composto pelos denominados

⁶ Quando Alexandre, o Grande – que se encontrava em pé, tampando o Sol que aquecia Diógenes – perguntou-lhe como poderia ajudá-lo, Diógenes respondeu: “não me tires o que não me podes dar” (BRASIL, 2013, p.15).

“*homeless*” – sem uma casa, sem um abrigo, mas que não se enquadram nas condições elencadas dos chamados desabrigados.

Sinônimo de presença indesejada, a PSR muitas vezes é representada pelo sujeito que se encontra nos bancos das praças, nas calçadas, nas marquises, nas construções abandonadas, nos terrenos baldios, e que, pela aparência prejudicada seja pelo uso de álcool, crack e outras drogas, seja pela exposição permanente à rua, ou ainda pela falta de cuidados, entre outros fatores, mobiliza um distanciamento da sociedade, fazendo com que as pessoas não as enxerguem, ou quando o fazem, atravessem a rua, não queiram passar ao seu lado ou que simplesmente as hostilizem com palavras de repúdio, ou ainda que as considerem um agente de violência urbana.

Dada a multiplicidade das razões que levam as pessoas a estarem e/ou permanecerem nas ruas, com seus mais diversos modos de sobrevivência, escolher uma definição única para PSR não parece ser apropriado. Qualquer pesquisador que pretenda estudar a PSR e suas características deve estar advertido de que seu conceito ainda é muito amplo, e exige maior complexidade nas suas definições, uma vez que tais conceituações desdobram muitas vezes em insuficiências e deficiências no seu processo de entendimento, e podem colaborar para o aumento da estigmatização⁷ (MELO, 2011). Em outras palavras, a tipificação da PSR legitima a degradação de sua própria condição social, favorece a manifestação de diversas violências e serve como base para a construção contínua de sua identidade social (WOLLMANN et al, 2016).

Ainda que se destaque a complexidade de se atribuir uma definição única e unânime à PSR, pelo conjunto de fatores expostos anteriormente, e principalmente pela pluralidade de “populações” que se encontra quando se percorre os espaços públicos habitados por essas pessoas, um trabalho acadêmico como este exige que algumas formalizações sejam seguidas, entre elas a apresentação de ao menos algumas caracterizações do termo PSR.

O conceito utilizado na atual Política Nacional para a População de Rua (PNPR), instituída pelo Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009, talvez seja o que mais se aproxima de um referencial padrão e comum a diversos autores e pesquisadores da temática, a saber:

⁷ Para uma maior problematização das dificuldades de conceituação da PSR ver Melo (2009).

(...) considera-se *população em situação de rua* o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a *pobreza extrema*, os *vínculos familiares interrompidos ou fragilizados* e a *inexistência de moradia convencional regular*, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009a, destaques nossos).

A atual PNPR tem como princípios, além da igualdade e equidade, o “respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado; e respeito às condições sociais e diferenças”. Entre seus objetivos são destacados: o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas das políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda (BRASIL, 2009a).

Já a definição de PSR pela Federação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE, 2015), utilizada no levantamento censitário e no perfil socioeconômico na cidade de São Paulo, refere-se às pessoas que utilizam alternativas de pernoite diferentes da moradia convencional como parques, centros de acolhida, praças e demais espaços públicos. Entretanto, ressalta que essa condição comum abriga diferenças: “os inúmeros arranjos e materiais utilizados como abrigo e pernoite, frequência com que são usados, duração e razões para dormir nas ruas e centros de acolhida resultam em uma multiplicidade de situações”. A temporalidade também é contemplada: “Há pessoas pernoitando nas ruas por condições temporárias, ocasionais, e há, também, as que de há muito vivem nelas”. Essa é uma definição que nos parece bastante interessante, pois apesar de contemplar a heterogeneidade da PSR enunciada na definição da PNPR, não condiciona a “pobreza extrema” como característica comum entre si, uma vez que é notória a diversidade de pessoas ocupando as ruas, advindas de diversas classes econômicas.

Referenciais teóricos sobre a PSR (CASTEL, 1997; VARANDA e ADORNO, 2004; ROSA, 2005; MACERATA, 2010; FLEURY, 2011; TEIXEIRA e FONSECA, 2015) apontam para o contexto de vulnerabilidade que ela está inserida, bem como de suas consequências. Sodelli (2015) informa que o termo vulnerabilidade é originário da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, e passou a ser utilizado na área da saúde a partir da publicação de um livro que estabelece os padrões de referência para a avaliação da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, a saber: “em 1992, do livro *Aids in the world*” (SODELLI, 2016, p.4).

A vulnerabilidade é definida por Barchifontaine (2006) como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos. São três as categorias de vulnerabilidade propostas por Ayres et al. (2006) – individual, social e programática – para explicar a exposição de determinadas populações ao risco para doenças.

A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. A vulnerabilidade social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. Já a vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. Os autores entendem que a vulnerabilidade depende da combinação dos elementos dos três domínios no momento atual, além das experiências relativas a cada um deles, no passado, e de como as pessoas lidaram e lidam com as facilidades e as dificuldades da vida (AYRES et al, 2006).

Ainda que seja impossível dissociar o conjunto de vulnerabilidades a que a PSR está exposta do processo de marginalização e exclusão social, optou-se por, neste trabalho, utilizar a expressão *invisibilizados* ao tratar da PSR, embora salvaguardada toda a dimensão das categorias de vulnerabilidade inerentes à sua condição e sua relação com a exclusão, tanto econômica quanto social. Tal escolha se justifica pela nossa hipótese de que a PSR é cada vez mais ignorada diante de um olhar de uma sociedade que seleciona, julga, marginaliza, e conclui que a felicidade, os direitos humanos e a inclusão social, bem como o acesso às políticas públicas, estão relacionados às possibilidades de trabalho e consumo. Jessé de Souza, no seu livro *A Ralé Brasileira: quem é e como vive*, explica que essa “classe social” nunca foi percebida até então enquanto “classe”, ou seja, nunca foi percebida como possuidora de uma gênese social e um destino comum e “(...) sempre foi (in)visível, entre nós, e percebida apenas como ‘conjuntos de indivíduos’, carentes ou perigosos” (SOUZA, 2009, p.25).

Dessa forma, ainda que existam algumas ações recentes do Estado e da sociedade civil para a PSR, as tônicas das políticas públicas para este segmento populacional perpassam por cunhos assistencialistas e/ou higienistas. Contudo, a

criação de uma política pública de saúde para a PSR, em convergência com as diretrizes da atenção básica, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS. A instituição do SUS, após a elaboração da Constituição Federal (CF) em 1988, fomenta diversas discussões a respeito das pluralidades e das infinitas possibilidades de atendimento no âmbito da saúde para a população brasileira. Com a CF têm-se a garantia a todos do direito, sem qualquer tipo de discriminação, de acesso a ações de saúde em todos os níveis, considerando também que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico, sociocultural, biológico, além do acesso aos serviços que vislumbrem a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (estamos nos referindo especificamente à Lei de nº 8080, de 19 de Setembro de 1990), que regulamenta a atuação do SUS, o reafirma como de caráter público, constituído por uma rede de serviços regionalizados, hierarquizados e descentralizados, a qual assume e oferta à população os princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo assim sua meta de atuação. A partir da PNPR (Brasil, 2009a) o cuidado à saúde da PSR é lançado como um grande desafio para os municípios brasileiros, dada a complexidade de sua composição: todas as faixas etárias, classes sociais e a diversidade de seus perfis. Não obstante, o acesso da PSR às políticas públicas, em especial a de saúde, foco desse trabalho, muitas vezes foi obstaculizado também, no Brasil, pela falta de documento de identificação ou de comprovante de residência. Outras tantas condições, embora características, como a própria falta de higiene, o comportamento ameaçador e imediatista, e ainda a resistência e o preconceito dos profissionais, se traduziam em impeditivo para o atendimento.

Destarte, a presente dissertação integra uma pesquisa que pretende discutir e compreender a conformação da política específica para a PSR, no que tange à saúde, no município de Curitiba, no período de 2010 a 2016, com especial ênfase para sua fase inicial enquanto CdeR. Vale ainda destacar que, considerando que a PSR é um segmento populacional por vezes invisibilizada, tanto socialmente quanto alvo de políticas específicas, pode-se perceber a invisibilidade deste tema também no ambiente universitário de pesquisas científicas, uma vez que estudos acadêmicos sobre a perspectiva do olhar, escutar e acolher, a partir do “encontro intercessor” entre profissional e a pessoa em situação de rua são inéditos em nível local.

1.4 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COMO CAMPO PROBLEMÁTICO

Quem, por alguns momentos, não gostaria de ter o poder da invisibilidade, tal qual alguns super-heróis das histórias em quadrinhos ou da ficção e ficar sem ser notado pelas pessoas? Ser invisível é tudo aquilo que pela própria natureza, distância ou tamanho nos escapa às vistas, como determinadas estrelas, bactérias ou átomos e só com ajuda de alguns instrumentos - como microscópio e luneta - é possível visualizar. Como pensar na possibilidade de pessoas não serem vistas nem percebidas por outras pessoas? De pessoas não serem enxergadas a “olhos nus” por outros seres humanos como elas? De estarem invisibilizadas?

Neste estudo trabalhamos com a hipótese de que existem sujeitos invisibilizados aos olhos da sociedade. A PSR faria parte desse grupo. Daqueles que, apesar de não ser preciso nenhum aparelho para avistá-los, a sociedade não os enxerga. Daqueles que, apesar de não possuírem o poder da invisibilidade dos super-heróis, não são vistos nem notados. Ao contrário, são ignorados e esquecidos entre calçadas, gramados e marquises. São aqueles que nos escapam à vista.

Segundo o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA (2016), o Brasil não conta com dados oficiais sobre a PSR. Nem o censo demográfico decenal, nem as contagens populacionais periódicas incluem entre seus objetivos sequer a averiguação do número total da população não domiciliada, sob a justificativa da dificuldade de realização de uma pesquisa de campo com pessoas não domiciliadas (IPEA, 2016, p.7). O IPEA estima que existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil, embora não informe estimativas precisas para cada município (IPEA, 2016, p.25).

A ausência de dados oficiais sobre a PSR no âmbito nacional prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para este segmento populacional, e reproduz sua invisibilidade social. No Brasil, o histórico de atenção dada às pessoas que por motivos singulares optaram por viver nas ruas teve seu início pautado em ações propostas por instituições religiosas, de cunho assistencialista, em especial pela Pastoral do Povo da Rua, da Igreja Católica, por volta dos anos de 1970, nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte, onde implantaram casas de assistência aos moradores de rua, organizaram grupos de representatividade social e realizaram mobilizações sociais de cunho local (BRASIL, 2012a). A criação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e também de políticas públicas voltadas

para a PSR surgiu por meio da mobilização de profissionais, especialistas e movimentos de igrejas que se juntaram aos moradores de rua, catadores de materiais recicláveis e a diversos setores da sociedade civil, logo após um trágico episódio conhecido como “Chacina da Praça da Sé” em 2004, no centro de São Paulo, onde 15 moradores de rua sofreram os efeitos de uma violenta operação policial na qual sete deles morreram, fato que acabou por demandar os atuais avanços no reconhecimento dos direitos mínimos dessa população.

Com o crescimento da representatividade da PSR, e consequentemente de suas necessidades, foi preciso criar medidas de mensuração e traçar estratégias para identificação, intervenção e abordagens. Também foi proposto e realizado um censo específico para a PSR, que reorientou a conformação dos serviços de saúde relacionadas a elas (BRASIL, 2012a). Entre os anos de 2007 e 2008, uma pesquisa multicêntrica (Brasil, 2009b) envolvendo 71 municípios⁸, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), procedeu à contagem, elencou e discutiu as características da PSR acima de 18 anos e serve, ainda hoje, como referência nacional para a compreensão dos *modus vivendi* e *operandi* da PSR, além de instrumentalizar discussões e propostas, e possibilitar inúmeras problematizações e intervenções.

Tal pesquisa, demonstrou que a existência de pessoas em situação de rua não é condicionada por apenas um ou outro motivo (BRASIL, 2009b). São diversos os fatores a ser considerados. Do universo de 27.647 pessoas entrevistadas⁹, predominantemente masculino (82%), com faixa etária entre 25 e 44 anos (53%), as três razões principais da saída para as ruas apontadas na pesquisa, foram: problemas com álcool e outras drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças com familiares (29,1%).

Apesar da costumeira generalização que envolve a PSR, quando são atribuídas as mesmas características para todas as pessoas que permanecem nos espaços públicos, pode-se dizer que há muitas “populações” em situação de rua habitando um mesmo lugar. Não obstante suas formas de vida serem muito

⁸ Os municípios contemplados na pesquisa tinham, na época, mais de 300 mil habitantes. (BRASIL, 2012a).

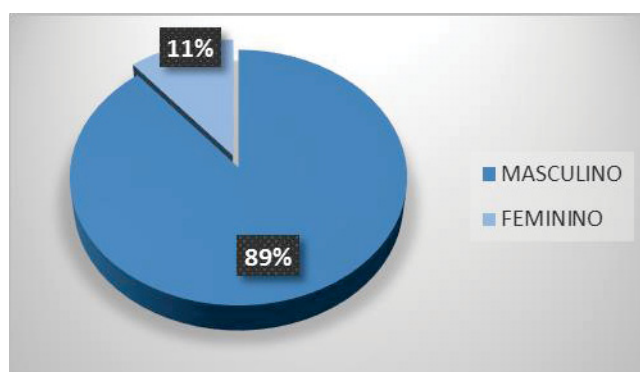
⁹ A pesquisa identificou 31.922 pessoas vivendo em situação de rua, das quais 4.275 se recusaram a responder, contabilizando um universo de 27.647 entrevistados. Contabilidade nossa, baseada nos dados obtidos em BRASIL, 2009b, p.85.

diferentes das formas “comuns” de subsistência consideradas pelo senso comum, no que tange a se alimentar, vestir, dormir, se relacionar, se cuidar e trabalhar, as características dessas pessoas são também diferentes entre si, desde o motivo de estarem na rua, sua forma e tempo de permanência, e principalmente a interação que mantêm com ela. O IPEA (2015) recomenda que a contagem da população de rua seja incorporada ao censo populacional de 2020, e que o Governo Federal incentive as gestões municipais a conhecerem melhor sua PSR.

1.4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA NO MUNICÍPIO DA PESQUISA

Em Curitiba, em 2016, foi realizada uma pesquisa, pela Fundação de Ação Social (FAS), que conseguiu entrevistar 1.715 pessoas em situação de rua. Entre elas, 1.133 pessoas foram entrevistadas nas ruas, espaços públicos e em centros de atendimento a essa população, em toda a cidade. Outras 582 encontravam-se nas Unidades de Acolhimento Institucional¹⁰ (UAI) – popularmente chamados “abrigos” – da capital (CURITIBA, 2016a). Em relação ao gênero, a pesquisa nacional do MDS (Brasil, 2009b) sugeria que a PSR em 2007 era predominantemente masculina (82%) e mais da metade (53%) tinha idade entre 25 e 44 anos. Os resultados da pesquisa em Curitiba (CURITIBA, 2016a) apontaram para um aumento no percentual de homens em situação de rua, se comparada com a referência nacional. Do total entrevistado, 89% são homens enquanto que 11% são mulheres que têm na rua seu espaço de domicílio.

Gráfico 1 – GÊNERO DA PSR EM CURITIBA



FONTE: CURITIBA, 2016a

¹⁰ As UAIs são unidades que possibilitam a permanência em período integral, em que o usuário é acompanhado pela assistência social e por outras políticas públicas, como saúde, educação, habitação e trabalho, entre outras (CURITIBA, 2016a).

Apesar de representarem apenas 11% da PSR na capital do estado do Paraná, a situação de mulheres nas ruas é um problema complexo, que exige intervenções específicas dos gestores municipais, e que também ocupa a agenda dos coordenadores do MNPR do Paraná, bem como de outros estados brasileiros. Diariamente essas mulheres enfrentam uma realidade dura e desconfortável nas ruas, pelo ambiente sem condições de cuidados básicos e higienização, pela falta de abrigo ou local para o descanso, pela insegurança e violência e, principalmente, pelos olhares de rechaço e preconceito que lhes são dirigidos.

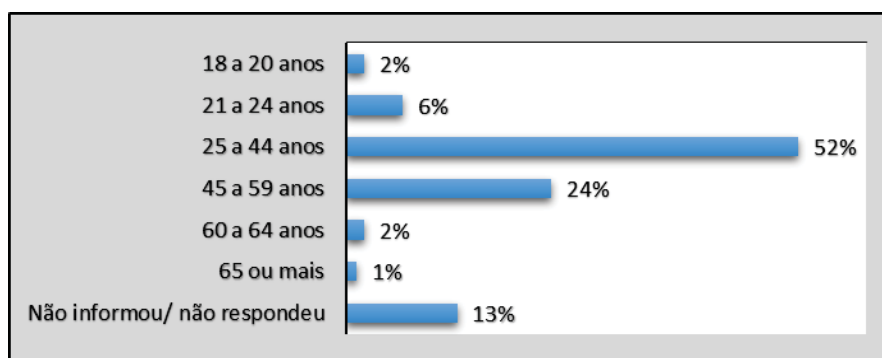
São várias situações complexas a que são submetidas, entre as quais estão aquelas relacionadas com questões fisiológicas próprias, como menstruação e gravidez, que são exposta na fala de Beatriz, uma mulher de 20 anos, muito vaidosa e preocupada com as questões da higiene, que contava sobre os arranjos que as moradoras de rua faziam em alguns períodos do mês, principalmente o menstrual:

A gente não tem onde ir no banheiro, o comércio não deixa a gente nem chegar perto pra usar o banheiro e não tem banheiro público. Tudo tem que pagar. Imagina minha situação quando fico 'naqueles dias'. Eu até tento tomar banho, as outras meninas também, mas não é sempre que a gente consegue (Beatriz, mulher em situação de rua. Fragmento de relato cartográfico do Diário de Campo).

A ressignificação da história de cada uma delas exige esforços cotidianos e permanentes, muitas vezes sem êxito.

A PSR de Curitiba é jovem, sendo que mais da metade (52%) encontra-se na faixa etária entre 25 a 44 anos. Esse número chega a 60% da PSR se incluirmos pessoas de 18 a 44 anos (CURITIBA, 2016a). Nessa faixa etária estão as mulheres em idade fértil e o índice de gestação de alto risco da PSR é elevado, como será discutido adiante, no capítulo destinado a este tema.

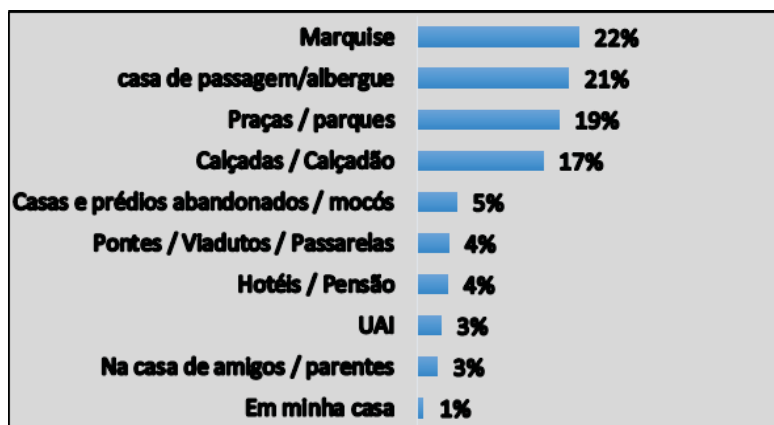
Gráfico 2 – FAIXA ETÁRIA DA PSR EM CURITIBA



FONTE: CURITIBA, 2016a

É no centro da cidade que está concentrada a maior parte da população de rua, embora a pesquisa aponte para mais de 40% estarem distribuídos em outros bairros. A pesquisa municipal demonstrou que o local escolhido para dormir pela PSR entrevistada são as marquises, principalmente as da região central da cidade. Somadas as praças e parques, casas e prédios abandonados, calçadas e viadutos totalizam 63%. A escolha de pernoite em locais institucionais de albergagem, como casa de passagem e UAI representam 24% e o pernoite na própria casa, em casa de amigos ou parentes ou ainda em hotéis e pensões refletem apenas 8% do resultado (CURITIBA, 2016a). As informações dos locais utilizados para dormitório pela população são utilizadas também como indicativos de classificação e/ou definição da PSR. Um exemplo é o conceito utilizado nos recenseamentos realizados pela FIPE, que como dissemos acima, define PSR como um conjunto de pessoas que pernoita, por contingência temporária, ou de forma permanente, em alguns logradouros da cidade, a saber: “(...) praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto - em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios, carcaça de veículos e nos centros de acolhida públicos ou de entidades sociais” (FIPE, 2015, p. 1-2).

Gráfico 3 – LOCAIS DE PERNOITE DA PSR EM CURITIBA



FONTE: CURITIBA, 2016a

Quando iniciei minhas atividades com a PSR, em 2010, era muito difícil presenciar um grande agrupamento de pessoas que faziam das ruas seu local de permanência ou moradia. Ficavam espalhadas pelas calçadas da cidade, no máximo em duplas ou trios. Quase sempre cobertas com uma manta cinza, da cor do céu na maioria dos dias do ano e dos paralelepípedos das calçadas, se faziam invisíveis, muitas vezes não eram nem notadas pelos transeuntes. Um movimento de migração pode ser observado a partir de 2015, onde a PSR começou a ocupar em conjunto espaços que antes não eram por eles povoados em grupos. Praças públicas se tornaram local de estabelecimento de pessoas que vinham dos mais diversos bairros da cidade e da região metropolitana, assim como de outros estados e até de outros países (Argentina, Uruguai e Haiti, na maioria).

A esta mudança de comportamento, da solidão ao agrupamento, verdadeiros acampamentos em locais de grande circulação de pessoas, podemos atribuir algumas hipóteses, dentre as quais destacamos a violência que a PSR sofreu desde 2011, ora por agentes da segurança pública e privada, ou ainda por crimes de ódio¹¹, cometidos por pessoas da sociedade civil. Fundamentamos essa possibilidade no pensamento de que um carro não pararia para atear fogo em um morador de rua que estivesse acompanhado de mais cinco ou dez pessoas, como aconteceu com dois usuários que pernoitavam sozinhos, cada um em uma calçada, em períodos diferentes. Os dois tiveram sérias queimaduras e um deles ficou com o

¹¹ Os crimes de ódio são crimes motivados pelo preconceito, cometidos quando o criminoso seleciona intencionalmente a sua vítima em função de esta pertencer a um certo grupo.

aparelho respiratório comprometido por ter aspirado o pó do extintor de incêndio, que foi utilizado para cessar o fogo.

Macerata (2010) afirma que aquele que foi parar na rua viveu um rompimento com as dinâmicas e os padrões estabelecidos pela sociedade e com tudo aquilo que a organiza, ou seja família, emprego, domicílio. Assim, a rua se transforma também em lugar dos que não têm mais um lugar, e evidencia as diferenças e os abismos sociais num máximo grau. A esses sujeitos são dados rótulos e estereótipos, embora os olhares não sejam voltados para a pessoa que se encontra por baixo das roupas sujas e da fala confusa, muitas vezes misturados ao cinza da cidade, camuflados e por isso ocultos, invisíveis.

Assim sendo, a pessoa em situação de rua muitas vezes é considerada como um “outro muito diferente de mim”, como se só estivesse nessa situação por sua própria culpa ou escolha, sem nenhuma relação com a dinâmica social. A partir disso, decorrem dois modos de relação: um que busca exterminar diretamente a pessoa em situação de rua, e outro que busca eliminar a diferença que essa pessoa traz, reduzindo intervenções de “recuperação”, salvação, readaptação da pessoa aos padrões considerados normais (MACERATA, 2010). Ainda que fora dos padrões estabelecidos pela cidade e pela sociedade “produtiva”, “pagadora de impostos” e composta de “gente do bem”, a rua é um espaço de vida e como tal, carrega consigo vicissitudes que são apresentadas para e por quem as habita.

Se, na questão da invisibilidade, concordamos com Quintão (2008) quando afirma que um indivíduo só passa a ser considerado sujeito quando o olham ou quando ele é visto como “alguém”, então podemos afirmar que, na sociedade, o lugar do sujeito é dado a partir da visibilidade, do que instala, do lugar que se ocupa. A invisibilidade ou é nata ou é concedida. No caso da PSR não há escolha; a invisibilidade é um fator determinado socialmente. Não é preciso aparelhos nem visão de “raio x” para perceber que a população em situação de rua está aí. É preciso olhos para enxergar.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Essa dissertação integra uma linha de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, coordenada pelo Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich, que iniciou em 2015, com vistas a estudar a política de saúde para a PSR. Em 2017, a então mestranda Rosane Freitas defendeu a dissertação intitulada: A política de saúde para população em situação de rua: o consultório na rua de Curitiba-PR. Nela foram apresentados os processos de construção da política da CnaR em Curitiba, bem como entrevistas com os trabalhadores, representantes do movimento social e gestão do Programa (FREITAS, 2017).

Com base no contexto apresentado, a presente pesquisa se propõe a dar continuidade à linha investigativa supracitada e a discutir a seguinte problemática, como eixo central: considerando o atendimento humanizado e universalizado às necessidades de saúde da PSR conforme previsto na PNPR e uma vez que as condições vivenciadas pela PSR possibilitam riscos maiores para a saúde, as questões preliminares que motivaram o projeto de pesquisa como um todo, e que não cessam de ecoar, são: como aconteceu a produção do cuidado, na experiência vivenciada pela autora, para dar conta dessa complexidade? De que forma ia sendo repensada a organização dos serviços para que fosse realizada a assistência das mais variadas necessidades de saúde apresentados pelas pessoas em situação de rua, de forma universal, integral e equânime?

2.1 QUESTÕES NORTEADORAS

A partir das possibilidades do campo disponível para o estudo, algumas perguntas de pesquisa foram elaboradas:

- 1) Como a experiência relatada se posiciona na implementação da política pública de saúde para a PSR, no âmbito do SUS Curitiba, no período compreendido entre 2010 e 2016?
- 2) Quais as necessidades de saúde mais frequentes que a PSR apresentava à época do CdeR?
- 3) Quais os desdobramentos que a experiência do CdeR provocou na política municipal de saúde, a partir de alguns de seus resultados?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa teve como objetivo relatar, a partir da experiência da autora, como aconteceu a implementação da política pública específica para a PSR, no que tange à saúde, no município de Curitiba, de 2010 a 2016, a partir da experiência do Consultório de Rua.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar a política pública relacionada à saúde da PSR em Curitiba, entre os anos de 2010 a 2016, com ênfase em alguns dos efeitos que a experiência do CdeR em Curitiba produziu;
- Elencar as necessidades de saúde mais recorrentes apresentadas pela PSR à época do CdeR, problematizando-as;

2.3 PROPOSTA METODOLÓGICA

As pesquisas qualitativas se preocupam e tentam responder a questões muito particulares e com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalham com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos se complementam, uma vez que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 2001).

Para atingir o objetivo proposto, realizamos uma pesquisa quali-quantitativa, utilizando a abordagem cartográfica como metodologia qualitativa de pesquisa. A cartografia foi formulada pelos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari. O conceito, inicialmente retirado da geografia, é transposto para os campos da filosofia, política e subjetividade e apresenta-se enquanto uma prática singular de pesquisa e de análise (PASSOS e BENEVIDES DE BARROS, 2015; KASTRUP, 2015; COSTA, 2014; ROLNIK, 1989).

A cartografia proporciona pensar a realidade através de outros dispositivos que não os apresentados tradicionalmente pelos discursos científicos, valorizando

“aquilo que se passa nos intervalos e interstícios, entendendo-os como potencialmente formados e criadores de realidade” (COSTA, 2014, p. 70).

Por pretendermos relatar, compreender e discutir como se deu a conformação de uma política de saúde específica em Curitiba a partir de 2010, consideramos a possibilidade de demonstrar que as experiências do CdeR fomentaram novas formas de intervenção e olhares para as problemáticas apresentadas então pela PSR.

Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora, que é constitutivo dos processos; processos estes intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento. (MEHRY et al, 2016, p. 32)

Foram utilizadas narrativas de campo e fragmentos de histórias de vida retrospectivas, a partir dos dados constantes nos diários de campo (DC) do CdeR e CnaR, ambos em posse da autora, uma vez que os mesmos contém registros próprios e pessoais das experiências de atendimento dos quais participei desde 2010 a dezembro de 2016, ora como psicóloga na assistência, ora como coordenadora do Programa na gestão.

De acordo com Falkembach (1987), o DC consiste num “instrumento de anotações” em um caderno com espaço suficiente para registros de experiências, comentários e reflexão, para uso individual do investigador no seu dia-a-dia. Nele se anotam todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários. Ele facilita a criação do hábito de escrever e observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos. Macedo (2010) corrobora a definição, quando afirma:

Além de ser utilizado como instrumento reflexivo para o pesquisador, o gênero diário é, em geral, utilizado como forma de conhecer o vivido dos atores pesquisados, quando a problemática da pesquisa aponta para a apreensão dos significados que os atores sociais dão à situação vivida. O diário é um dispositivo na investigação, pelo seu caráter subjetivo, intimista (MACEDO, 2010, p. 134).

Os DCs foram utilizados como instrumento pessoal de registros dos acontecimentos diários, e contém registros próprios, objetivos e subjetivos das experiências de atendimento e gerenciais que desempenhei desde 2010 a dezembro

de 2016. Cabe esclarecer que os DCs não eram considerados como parte intrínseca ou obrigatória do cotidiano de intervenção, ou do processo de trabalho institucional, mas sim uma ferramenta possível e opcional para utilização de cada profissional.

Na época em que os DCs foram concebidos, como já foi descrito anteriormente, eu não intencionava realizar nenhum trabalho acadêmico com esse material, senão utilizá-los como ferramenta pessoal de reconstrução da experiência que vivenciava no cotidiano de atendimento dos usuários do sistema. Assim, nos DCs registrei tudo aquilo que ouvi, vi, senti e experiei no trabalho de campo, como recurso técnico disponível para a demanda de necessidade de memória dos acontecimentos “in loco”. Foram registradas também fragmentos de histórias de vida da população atendida, e encaminhamentos para os diversos equipamentos das redes de atenção.

A ideia dessa dissertação, tendo o DC como fonte e utilização para a pesquisa se deu posterior à construção do material empírico e, portanto, traz as limitações de fontes que não foram previamente elaboradas para a produção de conhecimento, mas que no entanto, contém informações que, ao meu entender e dos meus orientadores, mereciam problematização e reflexão.

Para a pesquisa em questão, os dados obtidos por meio da leitura dos DCs foram: a) as três principais demandas ou conjuntos de necessidades de saúde da PSR, no período de 2010 a 2013, e seus desdobramentos, por meio da tabulação e análise dos encaminhamentos implicados feitos pelo CdeR para os equipamentos de saúde no período de 2010 a 2013 e b) narrativas de campo e fragmentos de relatos de histórias de vida retrospectivas, resguardadas a confidencialidade dos nomes¹² e características das pessoas atendidas, para exemplificar as demandas de atendimento no conjunto de necessidades em saúde da PSR. Dessa forma, o estudo foi desenhado retrospectivamente para explorar experiências desde o início da implantação da política pública de saúde para a PSR em Curitiba, por meio do CdeR, de forma a apresentar e discutir os efeitos que as mesmas fomentaram até o ano de 2016.

Fazer cartografia é considerar que todos os envolvidos na pesquisa sofrem os efeitos do ato de pesquisar (PASSOS & BENEVIDES, 2015). Para a cartografia, as anotações realizadas nos DCs colaboram na produção de dados de uma pesquisa e

¹² Todos os nomes e alcunhas utilizados neste trabalho são fictícios.

têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer. *“Há transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa. Há coprodução”* (KASTRUP, 2015). Kastrup afirma que para a pesquisa cartográfica são feitos relatos regulares, após as visitas e as atividades, que reúnem tanto informações objetivas quanto impressões que emergem no encontro com o campo.

Uma vez que a cartografia se apresenta como possibilidade de leitura de um espaço dinâmico e peculiar, visto que as estratégias para ampliar o acesso e o vínculo das PSR aos serviços de saúde podem produzir conceitos e ações simbólicas que envolvem tanto o espaço (cenário) como os sujeitos, permite também refletir sobre os fatores sociais, constituintes na dinâmica socioespacial. *“Ela propicia uma leitura sobre o quadro das práticas sociais e das realidades, e também o entendimento das especialidades, revelando-se em um processo com significado para uma leitura social do mundo”* (CATRIB e OLIVEIRA, 2010).

Assim, a cartografia permite o registro das relações entre os grupos sociais e o mapeamento não só do espaço, mas também dos fatos objetivos e processos de subjetivação, e serve de instrumento para que se possa delimitar o espaço onde estão presentes os sentimentos e as ideias de um grupo a partir das experiências vividas naquele mesmo espaço. A rua cartografada por nós poderia ser descrita da mesma forma que a apresentada por Mehry et al (2016):

É essa a rua que nos interessa. A rua que comporta alegrias, dores, dissabores, desafios. Preenchida por signos e diferentes sentidos, a rua é lugar de múltiplos sinais, que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas maneiras, os sinais que vêm da rua nos invadem porque também somos a rua. Cravados de tensões constitutivas entre produção de vida e morte, presentificam-se, no cotidiano do andar a vida de todos nós. Sentimentos como medo, compaixão, horror, desprezo, piedade, generosidade, interesse, curiosidade, todas essas afecções circulam entre nós sem pedir licença. Muitas vezes, é precisamente a partir desses sentimentos que somos levados a pensar formas de aproximação e/ou afastamento desses sinais e, conseqüentemente, da forma como entramos em conexão ou não com essas vidas. E o que nós, trabalhadores da saúde, temos a ver com isso? Os trabalhadores da saúde não estão livres dessas afecções. Ao contrário, muitas vezes, é com base nelas que a produção do cuidado é construída (MEHRY et al, 2016, p. 32).

As pesquisas cartográficas em saúde buscam valorizar uma política pública com diversas subjetivações possíveis no encontro clínico, onde se afirme a significação múltipla da diferença e se privilegie o uso de tecnologias que ampliem a

liberdade e, por assim dizer, as linhas de subjetivação livres na produção de conhecimento e na produção de saúde (FERIGATO e CARVALHO, 2010). Assim, a abordagem cartográfica pode dar condições de visibilidade e de voz ao que se passou individual e coletivamente nos processos de produção de saúde, de cuidado e de vida, no que tange às PSR.

Após o levantamento das necessidades em saúde apresentadas pela PSR durante a implementação do CdeR, a partir dos dados obtidos nas anotações dos Diários de Campo e confirmados no Relatório Final de Gestão do Consultório de Rua (Curitiba, 2012a), foram elencadas as três demandas preponderantes, para as quais foram dedicados capítulos específicos, sob os temas de saúde bucal, gestação e uso abusivo de álcool e outras drogas. Em cada um deles intencionou-se apresentar e discutir os alcances e limites das ações do cuidado na própria rua, considerando os determinantes e condicionantes da saúde da PSR.

Optamos, ao longo da dissertação, por utilizar citação longa e em itálico, com parágrafos recuados, para destacar a parte do texto em que utilizamos as narrativas de campo e fragmentos de histórias de vida retrospectivas, nossas reflexões e memórias do campo, evocadas a partir dos dados constantes nos DCs do CdeR e CnaR. Ao final de cada citação, utilizamos a indicação: *Fragmentos do relato cartográfico em Diário de Campo*. Como explicado anteriormente, não houve entrevistas dirigidas para serem transcritas, mas sim, as memórias, afetos e lembranças dos encontros com a PSR no período enunciado.

O terceiro capítulo, no item 3.2.1. - intitulado Cartografias da Rua como Território de Cuidado – que descreve os seis primeiros meses de atendimento do CdeR, foi produzido inteiramente a partir da reedição das memórias evocadas pela leitura dos DCs. Dessa forma, ele é apresentado todo em itálico, para indicar que trata-se dos relatos cartográficos obtidos nos DCs.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e aprovado para execução através de parecer consubstanciado de número: 2.481.851.

3 CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM CURITIBA: O RELATO DA EXPERIÊNCIA

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Quando os gestores da saúde perceberam que, devido à característica migratória que é peculiar à PSR, ela era excluída das ações assistenciais das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), já em 2002 a SMS de Belo Horizonte implantou a primeira equipe de ESF específica e exclusiva para atendimento da PSR, chamada “ESF SEM DOMICÍLIO”, sem território de abrangência fixo, referência de saúde para essa população e para as ações de matriciamento junto às demais equipes de ESF do município; tal iniciativa foi seguida, posteriormente, por municípios como São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba (BRASIL, 2012a). Curitiba, campo do presente estudo, contava com duas equipes que ficavam lotadas em uma unidade de saúde (US) dentro de um abrigo municipal que atendia exclusivamente moradores de rua.

O prédio em que a US estava instalada chamava-se Casa de Socorro aos Necessitados, e foi erguido na década de 20. Em 1995 foi criado no local um equipamento da política de assistência social, pela Fundação de Ação Social (FAS) do município, denominado “FAS-SOS”, com capacidade para receber até 500 moradores de rua. De lá para cá, algumas reformulações foram realizadas, e até 2015 constituiu-se em: um albergue para 230 pessoas, um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)¹³ e uma US (FAS, 2017).

FIGURA 1 – FACHADA DA CENTRAL DE RESGATE SOCIAL

¹³ O *Centro Pop* é uma unidade pública da Assistência Social para atendimento especializado à população adulta em situação de rua. Constitui um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito por meio de vivências para o alcance da autonomia, e estimular a organização, a mobilização e a participação social (BRASIL, 2012a).

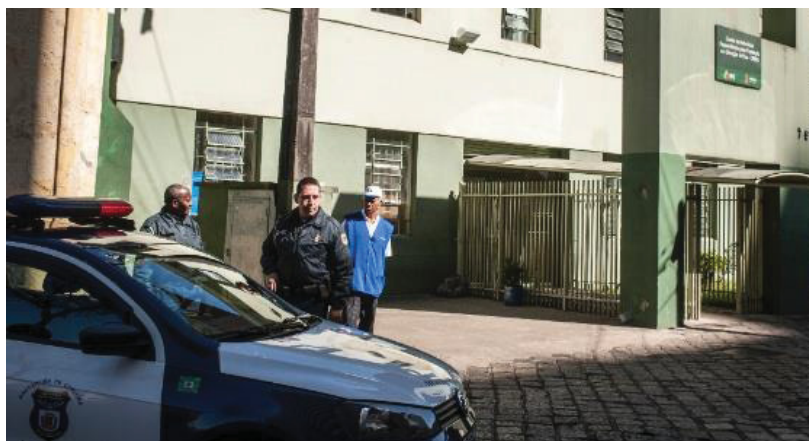


Foto: Daniel Caron/FAS/Divulgação

Dentro desse espaço híbrido, conhecido como Central de Resgate Social¹⁴ (CRS), ou como “o FAS da Conselheiro”¹⁵, as secretarias municipais da assistência social e da saúde prestavam atendimento aos moradores de rua que iam até lá por procura espontânea, ou por convite dos educadores e técnicos sociais que realizavam abordagens nas ruas de Curitiba. Segundo o sítio institucional da FAS¹⁶, a Central de Resgate Social atendia diariamente uma média de 350 pessoas:

A Central oferece diversas ações para impulsionar a autonomia e a ajudar a promover a qualidade de vida de pessoas que vivem em situação de rua. No atendimento, as pessoas albergadas passam por exames de saúde, recebem alimentação e, conforme a necessidade de cada pessoa, são encaminhadas para obter documentação e aos serviços médicos que tratam de dependentes químicos, entre outros (FAS, 2017, s.p.).

A US chamava-se US FAS-SOS e funcionava com duas equipes “ESF sem domicílio” (KAMI, 2015; FREITAS, 2017), ou seja, sem definição de população fixa. Apesar de ser um equipamento para consultas e procedimentos eletivos, muitas vezes era confundida com um serviço de pronto atendimento, para atendimento de urgência e emergência, e se obrigava a funcionar como uma “mini” Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (MELO, 2011; FREITAS, 2015). Além dos procedimentos médicos e de enfermagem, a procura pela atenção odontológica era constante,

¹⁴ No ano 2000 a unidade para atendimento a esta população passou a denominar-se Central de Resgate Social. Em 2003 a Central de Resgate Social implantou o atendimento social à população em situação de rua. (BRITO, 2015, p. 54).

¹⁵ Em alusão à localização, sito à Rua Conselheiro Laurindo, 792, no Centro de Curitiba.

¹⁶ Fonte: Assessoria de Imprensa FAS/Gheysa Padilha, acessado em 08/01/2018, disponível em: <http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/noticia.aspx?id=830>

dadas as condições de saúde bucal características da PSR, conforme capítulo cinco a seguir.

O atendimento de saúde estava condicionado ao atendimento social anterior, ainda que as equipes fossem consideradas como equipes de ESF SEM DOMICÍLIO. Era necessário passar por uma revista feita pela equipe de segurança pública – Guarda Municipal (GM) – e preencher um cadastro com os profissionais de serviço social da FAS, para só depois acessar à US que funcionava no interior do abrigo. Depois da recepção, e entre as salas de atendimento do serviço social e a porta que dava acesso à US, havia uma sala grande, pouco iluminada, pouco arejada. Alguns bancos compridos, feitos em madeira; algumas cadeiras brancas de plástico e muitas pessoas sentadas ou deitadas no chão. No alto, o som de uma TV de 20 polegadas se misturava com alguns gritos e palavras indefinidas dos habitantes daquele espaço. A porta lateral dava para o pátio em que ficavam as kombis, utilizadas para as abordagens sociais dos educadores e técnicos da FAS e para o transporte das pessoas das ruas para o abrigo.

FIGURA 2 – SALA DE CONVIVÊNCIA DA CENTRAL DE RESGATE SOCIAL



Foto: Irene Roiko/FAS/Divulgação

As condições eram precárias e nenhum educador social ou técnico¹⁷ propunha qualquer tipo de atividade naquele espaço. Ao adentrar aquele espaço, um cheiro fétido invadia as narinas e imediatamente a imagem das antigas instituições manicomiais era mentalmente resgatada, constituídos de verdadeiros

¹⁷ Técnicos são diversos profissionais de nível superior que trabalham na assistência social, a saber: assistentes sociais, psicólogos, pedagogos e sociólogos, na sua maioria.

depósitos humanos¹⁸. Para alguns, era dada a possibilidade de permanecer dia e noite no abrigo. Já para outros, apenas a autorização do pernoite. Às 17 horas os portões eram abertos e a fila em frente ao complexo ia diminuindo, de forma a confortar os corações da sociedade que se recusava coabitar qualquer espaço público com essa população. Quando o lugar que se ocupa é indesejado, de “desformoseamento” e responsável pela sujidade do território, práticas higienistas são demandadas ao poder público. Em decorrência dos estereótipos que preconiza, a sociedade muitas vezes age de forma a expulsar as pessoas das ruas, hegemonicamente, por meio de operações higienistas de ordenação e limpeza urbana das ruas.

É sabido que desde a implantação do SUS, a organização dos atendimentos em saúde na atenção primária tende a se dar, cada vez mais, pela lógica territorial, onde cada cidadão é referido a um equipamento de saúde que está inserido na comunidade onde mora. Ou seja, o cidadão é atendido preferencialmente pelo serviço de saúde mais próximo de seu domicílio, nos casos que não necessitem de intervenções de urgência e emergência (PNAB, 2011). As equipes de saúde são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, por meio de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Porém, pela existência de um complexo para atendimento específico da PSR, em decorrência do atendimento exclusivo de moradores de rua dentro da US FAS-SOS, os mesmos só poderiam ser atendidos naquela US, independentemente de qual distrito sanitário (DS) pertencessem, independentemente de qual era seu território de origem. Dessa forma, a PSR não era atendida em nenhuma outra das 109 US do município de Curitiba, onde, para efetuar um cadastro, eram exigidos documentos de identidade e comprovante de residência.

Vale lembrar uma importante característica da PSR, que na sua maioria, é indocumentada, impossibilitando seu cadastro em outra US que não a US FAS-SOS. Mesmo que permanecessem pelas ruas próximas a qualquer outra US, da região sul ou norte da cidade, para receber atendimento de saúde, tinham que se dirigir à uma UPA mais próxima, ou se deslocar até o centro da cidade para ser atendido pela US FAS-SOS.

¹⁸ Para uma maior problematização sobre os manicômios no Brasil ver ARBEX, 2013.

Algumas vezes a PSR não era atendida nem mesmo na própria US específica para esse fim. Quando alguém descumpria algum item do regimento interno da CRS, fato que não era raro - no caso de brigas, furtos, desrespeito aos funcionários - era penalizado com uma “restrição”, que significava alguns dias de “gancho” ou suspensão dos atendimentos “no FAS”. Isso também implicava em não receber assistência das equipes de saúde, uma vez que os atendimentos não eram dissociáveis uns dos outros, ou seja, não era possível ter acesso apenas à US sem ter que cumprir o protocolo da assistência social.

FIGURA 3 - SALA DE OBSERVAÇÃO DA US FAS-SOS



Foto: Irene Roiko/FAS/Divulgação

Naquela unidade havia uma sala de observação com leitos, que tinha sua ocupação máxima, praticamente o dia todo, para procedimentos de desintoxicação de substâncias psicoativas e aplicação de medicações endovenosas para as mais diversas afecções. Após a consulta, caso necessário, o usuário era imediatamente encaminhado para o leito e de lá só saía, após reavaliação, com o alívio dos sintomas ou efetivação do esquema medicamentoso prescrito. Ali também eram ministradas as medicações de uso contínuo dos albergados, bem como tratamentos de feridas e curativos especiais. Aos finais de semana, ainda que a US não funcionasse, a equipe de enfermagem se revezava em plantões, para ministrar a medicação de alguns usuários que ficavam no albergue, os quais não tinham autonomia para fazer a gestão dos medicamentos.

3.2 O INÍCIO DO PROJETO CONSULTÓRIO DE RUA EM CURITIBA

Com vistas a alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens, em situação de grave vulnerabilidade social, por meio de ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas (SPA), em junho de 2009 o Ministério da Saúde (MS) lançou o PEAD - Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2010a). O Edital SAS/SVS nº 01/2009 foi lançado para apoio a projetos de redução de danos (RD), com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas:

Trata-se de uma distância histórica entre os serviços da rede de saúde e a população usuária de drogas em situação de rua, que levanta, há muito tempo, a necessidade de articular intervenções biopsicossociais efetivas, urgentes e integradas in loco. É preciso potencializar as ações em contexto de rua e sua articulação com as redes de atenção integral voltadas para a população usuária, **especialmente crianças, adolescentes e jovens** em estado de vulnerabilidade e risco de naturezas diversas (BRASIL, 2010a, p. 4, grifos nossos).

O número reduzido de procura espontânea aos serviços de saúde por crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, os quais tinham suas ofertas de cuidado predominantemente baseadas na abstinência e nas intervenções terapêuticas exclusivamente realizadas no interior de suas instituições, foi uma das justificativas para incentivos aos projetos que abrangessem novas formas de abordagem e acesso aos usuários no espaço da própria rua (BRASIL, 2010a). Ao mesmo tempo, a área técnica da Saúde Mental do MS elaborou também a I Chamada para Seleção de Consultório de Rua e RD, destinada a ações realizadas nas ruas. A iniciativa elegeu 14 projetos-pilotos de CdeR, entre os quais o de Curitiba foi selecionado.

Dessa forma, como alternativa no cuidado às crianças e adolescentes com questões associadas à dependência química no município, em 2010, Curitiba implantou o Projeto Consultório de Rua. A promoção de saúde e a mudança de perspectiva de vida da população atendida, de forma a minimizar sua vulnerabilidade e aumentar a pertinência social, eram os objetivos gerais do projeto, que pretendia atingir a partir de ações de prevenção de doenças, promoção,

educação em saúde, intervenções terapêuticas no contexto da rua, além da articulação e encaminhamentos implicados para as redes de saúde e de assistência social, inaugurando uma importante relação intersetorial que consolidaria e fortaleceria este processo.

Depois de algumas reuniões para apresentação do projeto, convite para formação da equipe, contato com redutores de danos, planejamento de ações e possibilidades de distribuição de insumos, era preciso definir o local para início do projeto, bem como dias e horários. A área de atuação foi definida após discussões em conjunto com a FAS, pois possuía o mapeamento das regiões de maior incidência de crianças e adolescentes em situação de rua, principalmente usuários de crack. Tais dados apontavam o centro da cidade como o território de maior concentração desses jovens.

Naquela época percebia-se um deslocamento dessa população para os bairros da periferia, talvez por estarem envolvidos com o trabalho no tráfico de drogas. Anteriormente outro bairro que não o centro de Curitiba havia sido eleito para início do projeto, por configurar um território de grande concentração da população alvo. No entanto, optou-se por iniciar os trabalhos de campo na região central da cidade, baseado nas práticas já executadas por outros programas das secretarias.

3.2.1 CARTOGRAFIAS DA RUA COMO TERRITÓRIO DE CUIDADO

A noite da primeira quarta-feira de junho do ano de 2010 ficou marcada para sempre na minha vida. O início de uma transformação pessoal e profissional começava naquela noite, estabelecida como a “entrada no campo” do CdeR, ou seja, o momento em que iniciei as atividades práticas como psicóloga do projeto, tendo a rua como continente e seus moradores como população chave. Às 19 horas desembarcamos da kombi na Praça Tiradentes, em frente à Catedral Basílica, para iniciarmos um percurso de reconhecimento de campo, realizando todo o trajeto a pé.

Com o condutor do veículo ficou combinado de que ligaríamos dando a localização para que fosse nos buscar, no final do expediente. Estávamos em cinco profissionais: o psiquiatra do CdeR, uma dirigente de setor técnico central da SMS, responsável por ações especializadas, a redutora de danos, a coordenadora do Criança Quer Futuro - serviço móvel de abordagem da FAS que realizava ações de

acolhimento e segurança social de crianças e adolescentes em situação crônica de rua, desde 1997 - e eu. A profissional da FAS apresentou à equipe os pontos de maior incidência de crianças e adolescentes usuários de crack e outras substâncias psicoativas no centro da cidade, identificados e mapeados pelas ações de abordagem social realizadas.

O percurso foi realizado a pé, pelo perímetro que compreendia diversas praças que concentravam crianças, adolescentes e adultos, moradores de rua. Encontrados alguns adultos, a maioria “carrinheiros”¹⁹, em trabalho no momento. A ausência de crianças e adolescentes nesta noite fez com que encerrássemos o campo mais cedo do que o pretendido, levantando algumas hipóteses para tanto: as possibilidades de abrigamento existentes na cidade, assim como pelas condições climáticas – temperatura na faixa de sete graus Celsius e com predomínio de ventos e garoa.

Na quarta-feira da semana seguinte a saída a campo foi realizada pelos mesmos profissionais, embora o local escolhido para início das atividades fosse outro: a Praça Osório, na região central de Curitiba, onde acontecia uma feira livre de artesanatos e gastronomia, com grande circulação de pessoas. Com área de 12.700 m², a Praça Osório é ponto de referência na história local. Com extensa área verde, conta com um chafariz, um relógio redondo que fica sobre um pedestal (e que representa o horário oficial de Curitiba), cancha poliesportiva, pista de corrida com 178 metros (que funciona como ciclovia, pista de skate e patins), mesas de xadrez e playground. A Praça Osório é famosa também por suas feiras temáticas, como a feira de Páscoa, Inverno, Primavera e Natal. Ao todo, 57 barracas comercializam comidas de diferentes etnias (portuguesa, mexicana, polonesa, entre outras), além de produtos de artesanato.

Na chegada notamos a presença de alguns adolescentes em situação de rua que, ao reconhecerem a coordenadora do Criança Quer Futuro tiveram dois tipos de reação: alguns recuaram, possivelmente associando nossa presença ao resgate para o abrigamento, e saíram correndo, recusando contato; e outro adolescente que manifestou contentamento com nossa presença, disponibilizando-se a conversar conosco. A partir das apresentações, explicamos o motivo de nossa presença, para o início de atividades na rua com foco na saúde, fato que o tranquilizou e permitiu

¹⁹ Catadores de materiais recicláveis.

que outros também pudessem se aproximar, atendendo seu chamamento. Neste primeiro momento, quando perguntei o nome dele e não obtive resposta imediata, entendi que as apresentações formais na rua, quando acontecem, como fornecer dados particulares como nome e idade, só ocorrem após certificação de qual uso será feito de tal informação. Era o primeiro ensinamento da rua: como estabelecer contato sem ser invasivo, sem muitas perguntas ou indagações. A relação se constrói aos poucos, a confiança não se estabelece no primeiro encontro. Era preciso controlar minha ansiedade de saber da vida e da história da PSR. Muitas vezes, nem o nome eles contavam.

FIGURA 4: FEIRA GASTRONÔMICA PRAÇA OSÓRIO



Foto: Débora Dreyer

Num período de 30 minutos, mantivemos uma conversa com cinco adolescentes, dos quais a que mais me impactou foi Angélica, uma adolescente de 15 anos que dizia estar em gestação gemelar de 4 meses, era usuária de múltiplas drogas, em conflito com a lei, com diversas passagens na Delegacia do Adolescente (DA), inclusive com mandato de busca e apreensão. Fato que, segundo ela, era impeditivo para realização de pré-natal em US, uma vez que temia represálias e delação para polícia. Explicamos a ela que a procura pela US não desencadearia qualquer processo legal contra a mesma. Solicitamos sua autorização para contatar com a US de sua preferência, repassar o caso e solicitar seu acompanhamento pré-natal. Repassou-nos seus dados completos e autorizou o contato.

Foi o suposto pai dos futuros gêmeos, Felipe, quem recepcionou a equipe e começou a conversar. Demonstrava certa liderança em relação aos demais, e foi o mais desconfiado quanto à nossa presença e função no local. Era um adolescente de 17 anos, e que, de forma semelhante a Angélica, era usuário de múltiplas drogas, em conflito com a lei, com diversas passagens na DA, inclusive também com mandato de busca e apreensão. Reclamou do tratamento por ele recebido pela GM quando em uso intenso de drogas: “a gente ganha um pau no gato sem massagem”. Referiu não ser mais morador de rua, embora passasse grande parte do tempo nela. É pai de um filho que desconhece o paradeiro.

Os outros adolescentes, com idade entre 13 e 17 anos, demonstravam estado de intoxicação aguda de leve à moderada por inalantes, apelidado por eles de “cheirinho”. O mais novo da turma, Piá, de 13 anos, foi o mais resistente, sendo o último a se juntar ao grupo, apesar dos apelos dos outros. Continuou o uso da droga, mesmo na nossa presença, parecendo testar nossa reação. Fez diversas referências a nós, membros da equipe, como componentes de uma constelação familiar. Piá perguntava a cada um de nós o nosso grau de parentesco, mas não escutava as respostas e continuava perguntando. Contou que é morador de rua, com passagem por diversos abrigos municipais, filho de usuários e traficantes, sem mais nenhum vínculo familiar desde quando completou 10 anos de idade.

Junto com o grupo encontramos Marcos, em notável deterioração física e psíquica, alegando parentesco com os outros quatro adolescentes – se dizia primo de todos, inclusive de Angélica e de Felipe. Foi quem realizou mais perguntas a respeito do funcionamento do projeto, ajudando a aproximar Piá, o “caçula” do grupo, que se encontrava distante no momento. Associou imediatamente o trabalho de saúde à necessidade de tratamento odontológico, referindo muitas dores nos dentes e recusa de atendimentos nos locais em que procurava ajuda. Fortes dores nos dentes também foram relatadas pelo Felipe, companheiro de Angélica.

Foi agendado com o grupo o retorno da equipe do CdeR para a próxima quarta-feira, no mesmo horário e local. A partir desta saída algumas demandas iniciais foram levantadas e relacionadas: saúde bucal, acompanhamento pré-natal e tratamento de dependências químicas, além de realização de exames para doenças infectocontagiosas. No dia seguinte à saída a campo, telefonei para a US escolhida por Angélica, adolescente que dizia estar grávida de gêmeos, apresentei o projeto e as formas de intervenção, e recomendei que, se a adolescente fosse até o serviço,

que a enfermeira, ao fazer o atendimento, confirmasse que em nenhum momento seriam repassadas informações às instâncias da segurança pública, como ela temia. A prioridade era a vinculação. Na semana seguinte, antes de ir ao campo, retornei a ligação para saber se ela havia procurado a US. A resposta foi negativa.

À noite, saímos em quatro profissionais, a redutora de danos, o psiquiatra, a diretora da SMS e eu. A profissional da FAS já tinha nos auxiliado a abrir o campo, identificar locais de permanência e concentração nas saídas anteriores, o que nos facilitou perceber o movimento migratório que acontecia pelas ruas da região central de Curitiba. Iniciamos o campo pela Praça Osório, local combinado na última saída com os adolescentes, como ponto de encontro, onde acontecia uma feira livre de artesanatos e gastronomia, com grande circulação de pessoas. Não encontramos no local mencionado nenhuma das pessoas abordadas na semana anterior.

A redutora de danos, que tinha mais de 20 anos de trabalho com adolescentes e adultos usuários de drogas e em situação de rua, reconheceu dois adultos com os quais já havia trabalhado quando eram adolescentes, que a chamaram carinhosamente de “tia”. Fizemos contato com eles, e também com uma família que está morando na rua, com duas crianças menores de dois anos, na época. Foi-lhes apresentado o projeto e solicitado que divulgassem principalmente às crianças e adolescentes em situação de rua e usuários de drogas.

Fizemos o percurso a pé da Praça Osório até a Praça Rui Barbosa²⁰, e encontramos um grupo de adultos com alguns adolescentes em uma rua com fraca iluminação, situada na imediação da Praça Rui Barbosa. Estavam em uso de inalantes no momento, porém foram bastante receptivos, por conta do vínculo anterior previamente estabelecido entre a redutora de danos e alguns adultos. Apresentamos a proposta do CdeR, realizamos alguns atendimentos, orientações e encaminhamentos, assim como a distribuição de insumos – preservativos e material de curativo.

O primeiro a ser atendido foi Lucas, um adulto do sexo masculino, por volta dos 30 anos, com vínculo anterior com a redutora de danos, que foi quem facilitou nosso contato com o grupo. Reclamava de dor no tornozelo, em decorrência de ferida já em cicatrização no local. Foi realizado curativo protetor minimizando o

²⁰ Na Praça Rui Barbosa está localizado o principal terminal de transporte urbano da cidade, unificando várias linhas de ônibus do centro da capital com alguns dos mais importantes bairros.

contato da ferida com o calçado. Após o procedimento, e distribuição de preservativos, foi embora acompanhado. Em seguida, uma mulher, com mais de 25 anos, em uso de inalante no momento do atendimento, referenciou suspeita de gravidez e foi encaminhada para a US FAS-SOS para realização de exames e consulta médica. Estava acompanhada de um adulto de aproximadamente 30 anos, que também estava em uso de inalantes. No momento em que ela recebia atendimento pelo médico da equipe, o mesmo demonstrava-se incomodado, e passou a inalar com maior intensidade.

Eles nos explicaram que ali era um lugar estratégico, pois era caminho de ida e de volta a um local abandonado que eles haviam elegido como *mocó*²¹. Chamavam-no “espelhão”. Era recorrente dizerem: “De menor tá no espelhão desde às 3 da tarde... Alemão também... esse aí acabou de chegar do espelhão... esse tá indo para o espelhão...no espelhão, a guarda não amacia... é pau no gato sem massagem se pegarem”. Foram alguns bons minutos para que entendêssemos que “espelhão” era o *mocó*, até que alguém esclareceu.

Em um grupo de 20 pessoas, apenas cinco tinham menos de 18 anos, dos quais quatro referiram ter 17. Um deles contava que vivia nas ruas, mas que engravidou uma adolescente de 15 anos, e atualmente vive com ela em uma casa. Em relação à saúde, afirma fazer tratamento odontológico na US Capanema, porque seus dentes estavam “apodrecendo”. Na sequência solicitava aparelho ortodôntico. Dizia que seus dentes eram tortos e gostaria de arrumá-los. Reclamava também de dor no pé direito, em decorrência de um chute na calçada. Foi realizado curativo protetor. Um outro adolescente estava muito intoxicado, vindo do *mocó*. O grupo contou que ele era *michê*²² no centro da cidade. Fez contato comigo, quando me apresentei como psicóloga, dizendo necessitar conversar sobre alguns assuntos que ainda tem vergonha de falar. Explicamos que todas as quartas-feiras estaríamos na rua e que ele poderia conversar comigo assim que se sentisse mais à vontade. Os outros adolescentes não conseguiram nem fazer contato conosco, de tão intensamente intoxicados que estavam.

Confesso que o cheiro forte de *tinner* me provocava fortes dores na cabeça, uma vez que eles encharcavam o paninho e o aspiravam pela boca, na nossa frente.

²¹ *Mocó* é o nome dado pela PSR para um espaço físico discreto, muitas vezes em casas, terrenos ou construções abandonadas, utilizado para consumo, comércio ou repasse de SPAs.

²² Homem profissional do sexo.

Naquela noite, eu me senti intoxicada também. Interessante o efeito de “anestesiamento” do sujeito que o inalante provoca. Eles não conseguiam elaborar uma frase simples ou ficarem equilibrados em pé depois de uso intenso. A partir da experiência com adolescentes que fazem uso de inalantes passei a pensar neles como uma das drogas mais incapacitantes logo após o uso que eu conheci, pelos efeitos que provocam.

Fomos ainda abordados por um adolescente de 13 anos, do sexo masculino, em situação de uso leve de inalante. A cada um que perguntava dizia ter uma idade diferente. Estava cuidando dos carros da rua e mostrava ao grupo as moedas que conseguia. Relatou fortes dores nos dentes e mostrou que em um deles foi feito um curativo, mas que não podia voltar na US FAS-SOS para continuar o tratamento odontológico, porque de lá seria encaminhado diretamente ao abrigo, uma vez que antes de ser atendido na US teria que passar pelo serviço social da CRS. Isto seria encaminhamento certo para o acolhimento. Preferiu a dor nos dentes.

A todos perguntamos se conheciam Angélica. Solicitamos que nos ajudassem a “cuidar do bebê” ou “bebês” dela. Eles a conheciam, e contaram que era frequentadora do “espelhão”, junto com Felipe, e que nessa semana eles não haviam aparecido, mas que se comprometiam a trazê-la na próxima semana. Eles solicitaram que o nosso próximo encontro fosse com uma partida de futebol na cancha poliesportiva da Praça Osório, desde que levássemos uma “bola de capotão”²³. Prometemos que levaríamos.

Ao adentrar a kombi, conversamos entre nós sobre não fazermos ideia do que fosse uma bola de capotão, nem de como a conseguiríamos. Mas era fato que a condição para que o nosso encontro na próxima semana acontecesse, e em consequência, o estabelecimento do vínculo, que já sabíamos essencial para o desenvolvimento de qualquer trabalho com a PSR, era de que levássemos a tal bola solicitada. Como também era fato que a condição para abordarmos crianças e adolescentes usuários de drogas e em situação de rua, foco do nosso projeto, precisaríamos igualmente atender aos adultos, sem restrição. A experiência como formação em ato da equipe.

²³ Nome tradicionalmente dado, na cidade, a bolas revestidas com couro e utilizadas para jogos oficiais de futebol.

A próxima saída a campo foi realizada apenas pelo psiquiatra, pela redutora de danos e por mim. A partir daquela noite, a diretora da SMS não mais nos acompanharia. Nossa abordagem iniciou pela rua da imediação da Praça Rui Barbosa, local do último encontro. Ali encontramos dois adultos já abordados e uma adolescente de 14 anos que não conhecíamos ainda. Relembramos sobre o combinado do jogo de futebol, e imediatamente nos questionaram sobre a bola de capotão. Tínhamos conseguido empréstá-la de um CAPS. Confirmamos o prometido e os convidamos a participar da atividade na Praça Osório, para onde nos encaminhamos. No entanto lá acontecia a tal feira livre de artesanatos e gastronomia, com grande circulação de pessoas, e com um número significativo de seguranças contratados pelos feirantes para inibir a aproximação dos adolescentes e adultos em situação de rua.

Assim que adentramos na cancha poliesportiva, um adulto se disponibilizou a ser o responsável pela bola. Eles se organizaram formando 2 times e passaram grande parte do período jogando bola. Outros usuários²⁴ foram chegando, em companhia dos anteriormente abordados, inclusive de Angélica, a adolescente gestante. Ela recebeu o recado, que havíamos mandado pelos seus colegas, de que queríamos ajudá-la nos cuidados à sua saúde e ao seu bebê. Ela nos contou que, pelo conflito que tem com a lei, seus documentos estão retidos na entidade em que deveria estar cumprindo medida protetiva. Com isso, tem dificuldade de adentrar uma US para realizar o acompanhamento pré-natal, fazer exames e consultas.

A outra adolescente de 15 anos, grávida do adolescente de 17 anos que anteriormente vivia nas ruas, veio ao nosso encontro por convite dele, e recebeu orientações em relação a seu período gestacional e a importância de seus hábitos alimentares. Trouxe os exames que realizou na US Capanema, onde fez o pré-natal.

Além de preservativos, foram distribuídos kits de escova e creme dental. Alguns imediatamente se dirigiam à torneira na praça e realizavam a escovação. Não raro apareciam com a gengiva sangrando, fato que foi orientado ser em decorrência da falta de escovação. Foram distribuídas gazes para estancar o sangramento gengival.

²⁴ O termo usuário faz referência ao serviço público de que usufrui, como direito de cidadania, e não em relação à SPA.

Os adultos solicitaram a presença do médico para atendimento a um morador de rua que estava deitado embaixo de uma marquise no outro lado da praça. A redutora de danos e o médico foram até ele e verificaram a gravidade do caso. Após sensibilização para que aceitasse ser removido para um atendimento mais intensivo, devido ao seu estado debilitado em decorrência de quadros de tuberculose (TB) e HIV que relatou ser portador, foi acionado o SAMU, que chegou rapidamente e o encaminhou para a UPA Campo Comprido. Alguns adultos acompanharam de longe o atendimento e toda a movimentação da ambulância, demonstrando-se satisfeitos com o pronto-atendimento por eles solicitado e o atendimento da equipe.

Assim que chegamos na semana seguinte, fomos indagados a respeito da condição de saúde do paciente para o qual tinha sido acionado o SAMU no encontro passado. Contamos sobre os atendimentos que recebeu, na UPA, Hospital Oswaldo Cruz e Hospital do Trabalhador. Que necessitou de cirurgia, foi para UTI e não resistiu, indo a óbito na segunda feira. Contamos também sobre seus familiares, que a irmã veio do Rio Grande do Sul para reconhecer o corpo e providenciar os documentos dele e o sepultamento. Desconheciam que o paciente era doente de AIDS e de TB e, aproveitando o assunto, conversamos sobre a importância do uso do preservativo na prevenção desta e de outras doenças, bem como o não compartilhamento de seringas e a realização de exames para aqueles que apresentam tosse persistente. O grupo demonstrou tristeza com a notícia, alguns choraram, mas ao mesmo tempo mencionaram contentamento em saber que ele teve atendimento digno, não morreu agonizando na rua e teve uma familiar para o sepultamento. Relataram que um receio que acompanha a PSR é não ter seu corpo reconhecido por alguém, na ocasião do óbito, e ser enterrado como indigente.

Em paralelo, outro grupo se organizou fora da cancha, em roda, e ficaram jogando bola. Um adolescente se disponibilizou a ser o responsável pela bola. Eles passaram grande parte do período jogando bola, alternando partidas dentro e fora da cancha. Nesta noite, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) veio somar à equipe, passando a ser integrante fixa, em decorrência dos problemas odontológicos constantemente relatados pelos usuários. Foi bem recebida pelo grupo, que demandava orientações para uma escovação adequada dos dentes. Tínhamos pastilhas que evidenciavam as placas bacterianas e ao utilizarem-nas, logo após a escovação na torneira da praça, eram reorientados pela ASB sobre como fazer uma melhor higienização dos dentes.

Das demandas registradas nessa noite, era possível destacar: duas adultas jovens gestantes, encaminhadas para a US Mãe Curitibana; três adultos com questões com a dependência química, dos quais um em abstinência do crack há dois meses, morador de rua, em uso intenso de álcool, que aceitou encaminhamento para desintoxicação na US FAS-SOS. Foram abordadas 25 pessoas nesta data, e distribuídos preservativos e kits de escova e pasta de dentes, além de copos de água mineral²⁵ para as gestantes.

A cada campo²⁶ realizado pela equipe, era apresentado o levantamento das demandas da PSR, especialmente aquelas concernentes à saúde, para a equipe gestora e com ela pensadas e discutidas as possibilidades de intervenção. Muitas vezes, para receber atendimento, os usuários solicitavam curativos em uma ferida já cicatrizada, como forma de receber um carinho. Nós dizíamos que eles buscavam algo que há tempos não recebiam: um curativo no corpo e um afago na alma. Quantos profissionais de saúde tocavam aqueles corpos e os examinavam com atenção? Poucos, provavelmente. Contavam sobre o atendimento que recebiam dos profissionais da US FAS-SOS sempre com muito carinho. Mas não era sempre que queriam entrar lá, se submeter à revista da GM e passar pelo serviço social. Nós bem que tentávamos os sensibilizar. Às vezes dava certo. Outras tantas eram em vão.

FIGURA 5: FUTEBOL



Foto: Adriane Wollmann – acervo pessoal

²⁵Os copos de água mineral eram racionados, uma vez que não eram em grande quantidade, e priorizados para os usuários que fossem tomar alguma medicação no momento do atendimento e para as gestantes. No ano de 2012 foram providenciadas “squeezes” (garrafas plásticas com a logomarca do CdeR), para incentivá-los a ingesta de água, como forma de redução de danos.

²⁶ Saídas da equipe para a praça e entorno, para ações diretamente com a PSR.

Tínhamos consciência de que o principal motivo que os reunia a nós nas quartas-feiras na Praça Osório era o futebol. Mantinham como compromisso sagrado. E a cada dia, traziam mais pessoas consigo, que também se juntavam a nós. Nossa presença era a garantia de que eles poderiam usufruir da cancha poliesportiva da praça por algumas horas, sem que alguém os mandasse sair, ainda que o espaço fosse público.

Estávamos em quatro profissionais fixos na equipe, mas sentíamos falta de um técnico que pudesse organizar as atividades esportivas. Em pouco tempo juntou-se a nós um profissional de educação física, que trabalhava no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Distrito Sanitário Boqueirão. Com a presença do “professor”²⁷, o jogo de futebol foi estruturado em duas partes. Na primeira parte eram realizados alongamentos e aquecimento, e a segunda parte era composta das partidas de futebol propriamente ditas, com times usando diferentes coletes. Para tanto, alguns combinados foram construídos com os usuários: durante os jogos não eram permitidos uso de SPAs, agressões físicas ou repasse de drogas no local.

FIGURA 6: ALONGAMENTO E AQUECIMENTO



Foto: Adriane Wollmann – acervo pessoal

A cada semana aumentava o número de pessoas que relatavam problemas decorrentes do uso de SPA, e que vinham pedir ajuda. Foi então que foi estabelecido um fluxo de encaminhamento do CdeR diretamente para o CAPS

²⁷ Forma como os usuários se referiam ao profissional de educação física da equipe.

Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)²⁸ da região central. Semanalmente tínhamos de três a cinco vagas para triagem e início do tratamento. Vale ressaltar que estamos nos referindo ao ano de 2010, e que nessa época os CAPS de Curitiba não atendiam procura direta e espontânea: para ser atendido nos CAPS era necessário um encaminhamento médico de algum serviço de saúde e ter passado por um processo de desintoxicação assistida, que eram realizadas nas US. Naquela época, a abstinência era o objetivo exclusivo dos serviços, como será detalhado no capítulo sete.

Durante alguns meses, contamos na equipe com a presença de uma terapeuta ocupacional (TO), que trabalhava também no CAPS AD infantil de referência para encaminhamentos do CdeR. A profissional realizava atividades coletivas ou individuais, enfocando processos de identificação e resgate de autoestima. Com a saída da TO, chegaram mais duas novas integrantes fixas: uma assistente social e mais uma psicóloga, quando então eu assumi a função de coordenadora da equipe.

Uma das principais ferramentas que facilitou o estabelecimento do vínculo e da relação de confiança, além de permitir a continuidade dos atendimentos na rua, era o monitoramento dos encaminhamentos realizados para as redes de atenção à saúde (RAS). Na manhã seguinte a cada saída, o encaminhador contatava os serviços que receberiam os moradores de rua, mantendo o usuário sob seu radar e lhe dando apoio, o que caracteriza a tecnologia do encaminhamento implicado, pois o profissional continua acompanhando todo o processo. Dessa forma, também o usuário se sentia “cuidado”, pois noticiávamos a ele que sabíamos se ele tinha ou não procurado o serviço, ido ou não na consulta, coletado ou não os exames, pelo contato com o local de referência que fazíamos. Na manhã que antecedia o campo, era realizado contato com o local de referência para o qual havia sido feito o encaminhamento, e confirmada a presença do usuário naquele serviço. Em caso negativo, nos comprometíamos a reencaminhar no encontro noturno e fazer novo contato com o serviço no dia seguinte.

²⁸ São serviços de saúde mental do SUS que atendem os usuários com transtornos decorrentes do abuso do álcool e outras drogas. O tratamento é realizado por equipe interdisciplinar articulados com toda a rede de saúde. Não são unidades de emergência e realizam atendimento por procura direta, encaminhados pelas US e UPAs.

Durante a abordagem, na praça, eram realizadas orientações de saúde, desde higiene, ações preventivas, abordagem da dependência química, discussão sobre suas vulnerabilidades e potencialidades, prática de esportes, rodas de conversas sobre os mais variados temas, pequenos atendimentos como curativos, exames clínicos e, quando necessário, encaminhamento às UPAS. Também eram realizados encaminhamentos para os dois CAPS AD que fazem parte da rede integrada de atenção, um destinado a crianças e adolescentes, e outro a adultos.

FIGURA 7: RODA DE CONVERSA

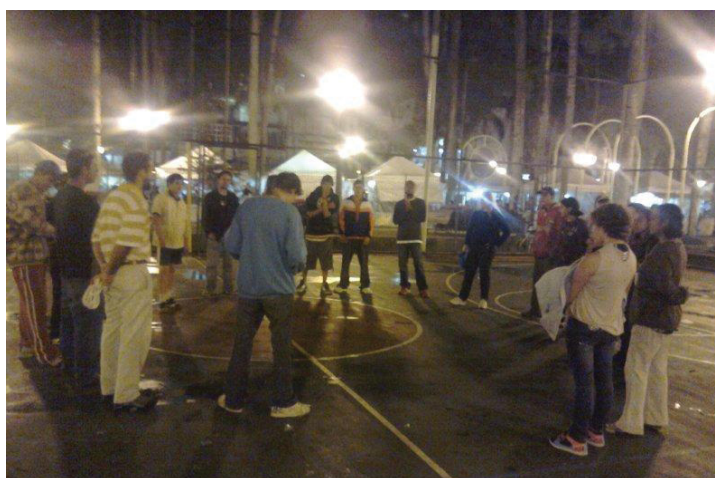


Foto: Adriane Wollmann – acervo pessoal

Dos desafios apresentados aos profissionais do CdeR, o entender que o trabalho em saúde não pode envolver preconceitos pessoais ou juízo de valor é o que considero mais complexo. Deve centrar-se no desejo, na demanda e na necessidade das pessoas atendidas, de modo que se respeite sua integralidade, independentemente de seu local de moradia, condição física, social, jurídica, e padrão de uso de drogas.

O CdeR proporcionou o início de um novo olhar para a PSR, considerando que costumava ser vista apenas pela ótica social distante ou sem visibilidade. Permitiu-nos uma melhor compreensão de suas especificidades de vida e consequentes particularidades no que se refere aos cuidados com a saúde, aprimorando, assim, o acesso dessa população aos equipamentos, fazendo com que a política pública de saúde se apropriasse de uma população que estava até então às suas margens.

Esse foi um recorte do relatos cartográficos em DC, dos primeiros seis meses de atendimento do CdeR em 2010, que continuou com suas ações até julho de 2013, quando o Consultório na Rua iniciou suas atividades. Todos os profissionais do CdeR foram convidados a compor o quadro de funcionários do Programa Consultório na Rua, mas apenas eu continuei.

3.2.2 DOS REGISTROS AO LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES

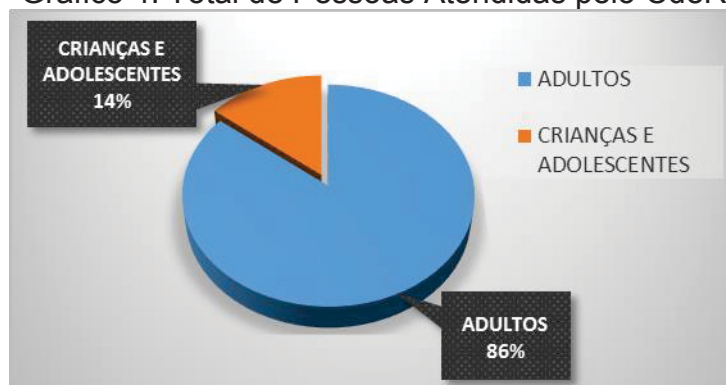
Nos DCs, além das narrativas de cada encontro da equipe com seus usuários, constam também os encaminhamentos que eram feitos no período de 2010 a 2013, quando do CdeR. É preciso lembrar que, nessa época não haviam muitos serviços de saúde que acolhessem os moradores de rua, sem documentos e sem comprovante de endereço. Os serviços de atenção psicossocial eram vinculados às US, e o acesso a eles era permitido somente após avaliação médica e encaminhamento da equipe da atenção primária. Conforme descrito anteriormente, a US FAS-SOS, referência para atendimento à PSR, ficava dentro de um espaço institucional de acolhimento da FAS, que condicionava os atendimentos em saúde com a permanência no albergue. Assim, um encaminhamento em papel assinado pela equipe do CdeR configurava a senha para entrada em espaços que nem se tentava acessar, pelas dificuldades descritas anteriormente, ou receio de negativa de atendimento.

Semanalmente, a equipe atendia entre dez a 50 pessoas na praça. O número era muito variável, e um dos motivos era atribuído à condição climática de Curitiba, com baixas temperaturas no inverno (variando entre 0 e 5 graus Celsius) e predomínio de chuva nos outros meses. Os fenômenos naturais dificultavam tanto a abordagem quanto o trabalho dos profissionais, dada a experiência acontecer em uma praça pública, sem cobertura ou proteção do frio e chuva. Em alguns momentos, a ação da segurança pública, tanto da Polícia Militar (PM) quanto da GM na praça, esvaziava o local e fazia com que a PSR atendida se deslocasse para outros espaços.

Nos 30 meses de CdeR foram atendidas 525 pessoas, entre as quais 450 eram adultas e 75 crianças e adolescentes, totalizando 86% adultos e 14% crianças e adolescentes. Para essa população foram realizados aproximadamente 5.000 atendimentos, uma vez que a mesma pessoa poderia receber atendimento todas as

semanas, e por mais de um membro da equipe. Todos os atendimentos aconteciam de forma voluntária, tendo a construção do vínculo e o estabelecimento da relação de confiança como mola mestra do trabalho (CURITIBA, 2012a).

Gráfico 4: Total de Pessoas Atendidas pelo CdeR



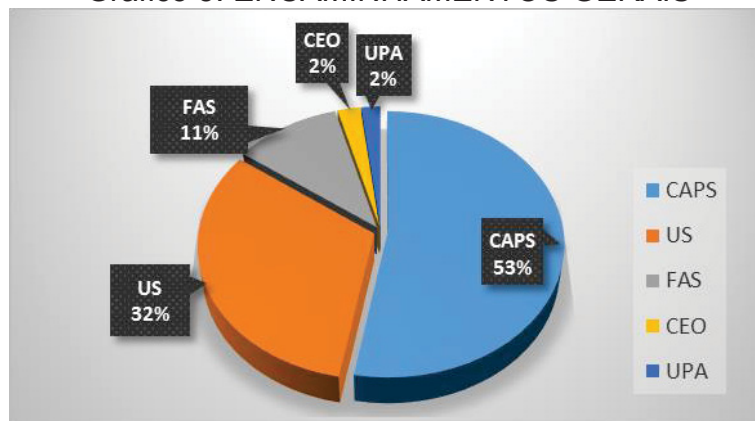
Fonte: Relatório Final do Projeto Consultório de Rua
Coordenação de Saúde Mental/SMS/2012

Dos encaminhamentos que a equipe do CdeR realizou, no período de funcionamento, mais de 50% foram para CAPS, uma vez que o foco do projeto era inicialmente crianças e adolescentes em situação de rua e com uso de SPA na própria cena de uso, sendo ampliado para a saúde mental da população atendida, incluindo os adultos. Foram 138 encaminhamentos para CAPS, tanto para a população adulta quanto para a infantil. E 84 foi o número de encaminhamentos para as US, enquanto que para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) - para consultas especializadas em odontologia e/ou para o serviço de prótese dentária total - foram encaminhados seis usuários e outros cinco para as UPAs.

Em se tratando de encaminhamentos para a FAS, foram realizados 28, dos quais 18 foram para acolhimentos institucionais e dez encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas²⁹ (CT).

²⁹ As CT são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. A maioria delas são instituições abertas, de cunho religioso, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga, que se apresentavam como alternativa de acolhimento para a PSR.

Gráfico 5: ENCAMINHAMENTOS GERAIS

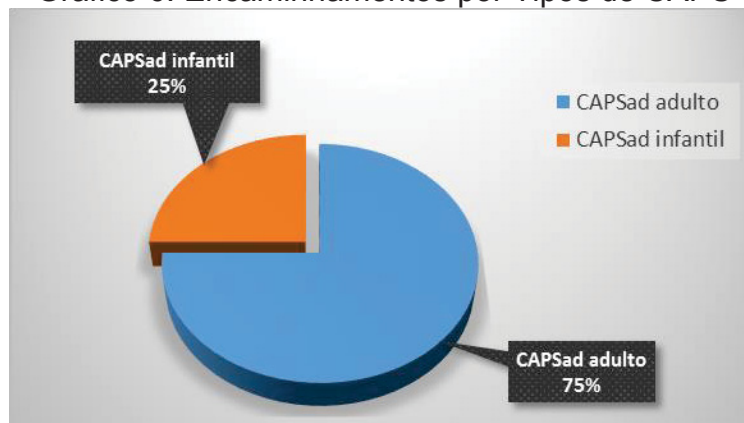


Fonte: Relatório Final do Projeto Consultório de Rua
Coordenação de Saúde Mental/SMS/2012

Dos 138 encaminhamentos realizados para os CAPS, 102 foram encaminhados para o CAPS AD da região central, que atendia adultos de ambos os sexos a partir dos 18 anos. Um mesmo usuário poderia ser encaminhado mais de uma vez para o CAPS, por diversos motivos: perda, extravio ou furto do encaminhamento anterior, esquecimento do dia e horário agendado, falta de motivação, desejo de retornar após interrupção do tratamento, faltas sem justificativas, entre outros. Nessa mesma época, havia um CAPS AD infantil referência para as questões de álcool e outras drogas de crianças e adolescentes de todo o município, e para este serviço foram realizados 34 encaminhamentos.

Além desses, apenas dois encaminhamentos foram realizados para CAPS II, serviço que atende outros transtornos mentais que não têm, obrigatoriamente, relação com uso de SPA, como depressão, transtornos do humor, esquizofrenia e transtorno de ansiedade generalizada, por exemplo.

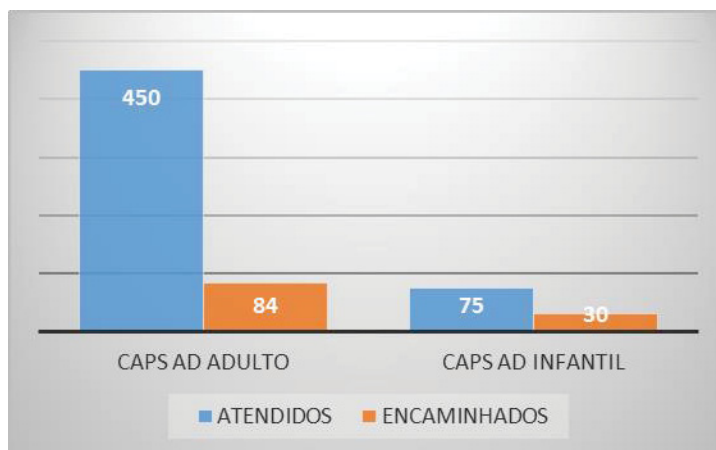
Gráfico 6: Encaminhamentos por Tipos de CAPS



Fonte: Relatório Final do Projeto Consultório de Rua
Coordenação de Saúde Mental/SMS/2012

Como visto anteriormente, o número total de atendidos pelo CdeR foi 525 pessoas. Dessas, 114 foram encaminhadas para CAPS AD, distribuídas em 84 adultos e 30 crianças e adolescentes. Do total geral, os encaminhamentos somam 18,67% para CAPS AD e 40% para CAPS AD infantil.

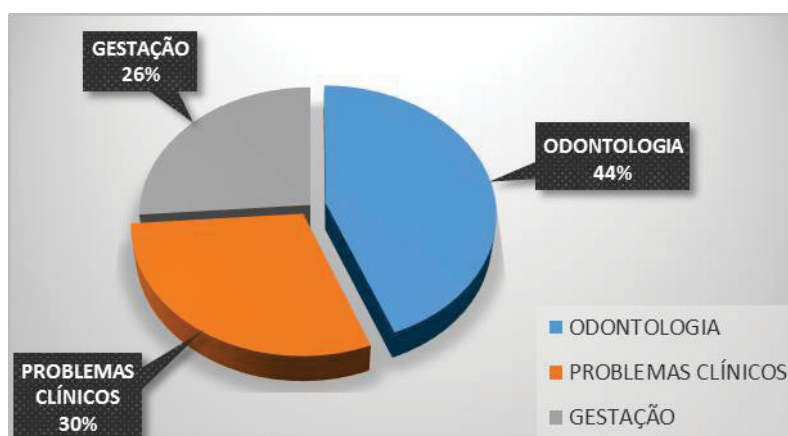
Gráfico 7: Pessoas Atendidas X Pessoas Encaminhadas para CAPS



Fonte: Relatório Final do Projeto Consultório de Rua
Coordenação de Saúde Mental/SMS/2012

Foram 84 usuários encaminhados para alguma US da rede pública. Em seu discurso, 37 referiram dores ou problemas referentes à saúde bucal, e foram encaminhados para tratamento na US FAS-SOS, além de seis terem sido encaminhados para o CEO, para realização de próteses e outros procedimentos que não são realizados nas unidades da atenção primária, o que representa 44% dos encaminhamentos para as US. Sem dúvida as dores na região da boca e nos dentes eram a queixa mais frequente dos usuários quando nos apresentávamos como uma equipe de saúde. Em seguida, totalizando 26% dos encaminhamentos, aparecem as mulheres em situação de rua que referem alguma possibilidade de estarem gestantes naquele momento, e que solicitam encaminhamento (ou que lhes é oferecido) para exames de confirmação ou para acompanhamento de pré-natal. Foram 22 mulheres, de idade entre 15 e 38 anos, encaminhadas para as US FAS-SOS, US Ouvidor Pardinho, US Parolin, US Capanema e US Cajuru. Os outros 30% dos encaminhamentos correspondem à 25 pessoas que foram encaminhadas para avaliações clínicas, das mais diversas queixas: desde dores localizadas até exames para detecção de doenças infectocontagiosas e também sexualmente transmissíveis, entre as quais podemos ressaltar sífilis, HIV e tuberculose.

Gráfico 8: Encaminhamentos para as US



Fonte: Relatório Final do Projeto Consultório de Rua
Coordenação de Saúde Mental/SMS/2012

3.3 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA EM CURITIBA

Apesar do CdeR ser um projeto que fazia parte da política nacional de saúde mental e objetivava tratar das questões de transtornos mentais e da característica de uso abusivo de drogas e outros transtornos mentais ser recorrente na PSR, esta não queria que suas necessidades de saúde fossem reduzidas àquelas diretamente ligadas às questões de sofrimento decorrente das SPAs. Solicitava que pudesse ser atendida em todas as suas demandas, de forma singular, ímpar, particular. E foi ouvida pelo poder público. Foi a partir de sua organização em movimentos de representatividade social que os gestores públicos, nas três esferas de governo, começaram a desenhar e elaborar estratégias de identificação das demandas e de abordagem desse grupo social. Dessa forma, foram reconhecidos os diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, longe agora de ser apenas um problema generalizado de drogas. Os pensamentos de que “todo morador de rua usa drogas” ou “todo homossexual tem aids” ou ainda, “todo homossexual que mora na rua usa drogas e tem aids” vão sendo dissolvidos na esfera da gestão pública para darem lugar a novas perspectivas de diagnóstico de saúde e tratamento.

Com isso, nascem os CnaR, voltados para acolher toda e qualquer situação de saúde oriunda da população que fazia uso da rua como espaço de permanência, transitória ou não, naquele momento. Voltados para enxergar a particularidade de

cada caso, respeitando a história, os afetos, o “modus vivendi” de cada sujeito. E entender cada vivente nas ruas como também um sujeito de direitos.

Em janeiro de 2012, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de integração intersetorial entre as políticas de saúde e as demais políticas públicas, e visando melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à PSR, publica a Portaria nº 122, de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR) (BRASIL, 2012b). Estabelece que a proposta do Consultório *de* Rua, até então ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, passa a ser denominada de Consultório *na* Rua, sendo agora uma modalidade de equipe de Atenção Básica (AB). Com isso, as equipes passam a acolher os diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo aquelas pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack e álcool e outras drogas, bem como a prática da RD em sua abordagem. O que até então era uma experiência piloto se transformou em uma política pública de saúde voltada à PSR, de forma a ampliar os cuidados que antes focavam na área da Saúde Mental – dependência química - para a atenção integral da saúde da PSR.

O principal objetivo do CnaR é sensibilizar a população em situação de rua para a importância dos cuidados de sua saúde, e promover a ampliação do acesso aos equipamentos de saúde, em todos os níveis de complexidade. As quatro equipes de CnaR (eCR) foram delimitadas pela Portaria 123, de janeiro de 2012, que determina o número máximo de equipes que cada município pode ter, em relação ao número de PSR (BRASIL, 2012c). As eCR são multiprofissionais e lidam com diferentes problemas e necessidades de saúde da população em vulnerabilidade social, realizando atividades de forma itinerante, e, quando necessário, utilizando as US do território.

No início de 2013 começou o processo de implantação do CnaR de Curitiba, composto por quatro equipes multiprofissionais de saúde, com médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde bucal em cada uma delas, nomeados por processo seletivo interno, que trabalham 40 horas semanais dedicadas exclusivamente ao programa. A seleção aconteceu a partir do Informativo SMS 02/2013, datado de 7 de março de 2013 (Curitiba, 2013), que definia o serviço como:

As equipes dos Consultórios na Rua (eCR) irão atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Os procedimentos odontológicos considerados de menor complexidade serão realizados *in loco*. As atividades realizadas pelas equipes do eCR, tendo como suporte uma ambulância equipada, serão realizadas de forma itinerante e quando necessário deverão utilizar as instalações das UBS do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes das mesmas. As eCR serão capacitadas em redução de danos, abordagem a usuários de álcool e outras drogas, moradores de rua ou pessoas em situação de rua (SMS 02/2013).

Em Curitiba, toda a implantação do CnaR foi discutida e planejada com o MNPR, desde o mapeamento dos locais de maior concentração de pessoas, até o horário e locais de atendimento. O MNPR participou ativamente das capacitações de toda a eCR, expondo as particularidades da vida nas ruas e os agravos mais recorrentes, de forma a instrumentalizar a equipe no desenvolvimento da capacidade de empatia e humanização para os atendimentos.

FIGURA 8: LANÇAMENTO OFICIAL DO CONSULTÓRIO NA RUA



Foto: Caroline Rocha

Em agosto de 2013 o CnaR foi oficialmente lançado em Curitiba, e as equipes iniciaram seu trabalho pelos territórios. Diariamente, e de forma itinerante, percorriam ruas, praças e pontos estratégicos da cidade, oferecendo serviços médicos, psicológicos, de enfermagem, odontológico, educativo e de RD para moradores de rua. O atendimento é prestado no próprio espaço da rua, ou seja, fora de um espaço formal e protegido como as unidades de saúde, onde cada cidadão adentra para buscar alívio para um sofrimento que apresenta. Muitas vezes, na rua,

a saúde não é pauta do dia, e as demandas precisam ser construídas, assim como a relação de confiança e vínculo com os profissionais.

FIGURA 9: ATENDIMENTO ITINERANTE DO CnaR



Foto: Jaelson Lucas

A experiência do CnaR demonstra que para além do corpo, que muitas vezes não é simbolizado como doente, está uma forma de vida que contraria as perspectivas daquilo que se contabiliza como saudável: estar “na laje” tem um significado distante de “apenas” dormir em uma calçada sem nenhum conforto ou proteção de frio e chuva – no caso de Curitiba, a capital mais fria do Brasil - em condições climáticas que chegam à sensação térmica de graus negativos. Estar na laje é alimentar-se quando dá³⁰, da forma que dá: não na hora da fome, mas sim da possibilidade. Estar na laje é conviver com a violência dos agentes da Segurança Pública, da população geral e da própria PSR. Estar na laje é ter seus “direitos constitucionais” muitas vezes violados, por discriminação daqueles que deveriam prestar atendimento nas redes de atenção das diversas políticas públicas: habitação, assistência social, alimentação, saúde, educação, trabalho e geração de renda, entre outros. Estar na laje é ser impedido de entrar em estabelecimentos comerciais, shopping centers, transporte coletivo, bancos, órgãos públicos, receber atendimento na rede de saúde e tirar documentos³¹.

³⁰ A pesquisa nacional realizada pelo MDS em 2007, aponta que 79,6% dos entrevistados conseguia fazer ao menos uma refeição por dia, mas 19% não conseguia se alimentar todos os dias (BRASIL, 2012a, p. 24).

³¹ Locais listados por ordem de prevalência das discriminações citadas pela PSR, nas entrevistas para o censo de 2007 (BRASIL, 2012c, p. 25).

O CnaR procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica (BRASIL, 2012a). As eCR podem ser consideradas como “dispositivos públicos”, clínico-comunitários, que fazem uma oferta de cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptada para as especificidades de uma população complexa, de forma a promover o acesso a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e de cidadania (WOLLMANN et al, 2016).

4 DEFINIÇÃO DA APOSTA INVESTIGATIVA

A partir da tabulação dos dados de encaminhamentos do CdeR contidos nos DCs, bem como no Relatório Final da execução do projeto, foi possível elencar o conjunto de necessidades em saúde apresentada pela PSR durante o período em que o mesmo vigorou. Ainda que a maioria dos encaminhamentos realizados tivessem relação com o uso prejudicial de SPA, e se destinassem ao tratamento em CAPS AD, foi possível perceber também a fragilidade do atendimento à PSR, principalmente no que tange às questões da saúde bucal e da gestação em mulheres em situação de rua. Dessa forma, serão destinados, a seguir, um capítulo para cada um desses três grandes grupos de necessidades de saúde, de forma a apresentar, por meio de narrativas de campo e fragmentos de histórias de vida, como aconteciam os atendimentos nos serviços de saúde, como se deu a reorganização desses serviços para atender às demandas elencadas, e quais os efeitos que a experiência do CdeR provocou nos profissionais, nos serviços e, como um primeiro esforço deste grupo de pesquisa, na própria política pública.

O capítulo cinco, intitulado “Primeiro estão os dentes que os parentes”, aborda as questões da saúde bucal da PSR. Tal experiência justificou a presença de cirurgiões dentistas (CD) nas equipes de CnaR de Curitiba, sendo a primeira cidade do Brasil a implantar essa categoria profissional, que então não constava como integrante da equipe mínima da Portaria 122 de 2012 (Brasil, 2012b), que implantou as equipes de CnaR no país. Também influenciou a publicação da Portaria 1.029, de maio de 2014, que amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as eCR em suas diferentes modalidades e dá outras providências (Brasil, 2014). Nele foi possível discutir com autores das políticas públicas como um assunto entra na agenda governamental e ganha destaque para implementação.

O capítulo seis, intitulado “A mãe que não balança o berço”, trata das questões da saúde reprodutiva da mulher em situação de rua, em seus aspectos biopsicossociais e jurídicos, desde o planejamento familiar até o momento do nascimento do bebê, a partir de nossa experiência com a PSR naquele período. Foi possível acompanhar adolescentes e adultas moradoras de rua que tiveram seus filhos recolhidos pela justiça logo em seguida de seus nascimentos, por configurar situação de risco à criança prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Serão discutidas também as fragilidades da gestação de alto risco, a possibilidade

da realização de acompanhamento pré-natal na própria rua e ações de planejamento familiar, bem como de realização de contracepção e laqueaduras junto a mulheres em idade fértil.

O capítulo sete, intitulado “Entre goles, pedras, panos, cachimbos e fumaças” visa contextualizar os cenários de uso de drogas nas ruas, incluindo o uso prejudicial de álcool. Esse capítulo vai discorrer sobre os encaminhamentos feito pelo CdeR ao CAPS AD adulto, de 2010 a 2013, quando tal serviço não acolhia abertamente a todos os que o procuravam, e não seguia a lógica da RD. O serviço, organizado para receber pacientes encaminhados pelas unidades de saúde, depois de um período de desintoxicação e participação em grupos de apoio, realizado pelo consultor em dependência química da própria US de referência, começa a receber usuários vindos diretamente das ruas, com padrão de uso intenso e sem pretensão de abstinência total das substâncias.

O oitavo e último capítulo, “Pra não dizer que eu não falei das dores ou o momento de concluir”, traz as considerações finais do presente trabalho e as contribuições do mesmo para as políticas públicas de saúde para a população em situação de rua que acreditamos que traz.

5 PRIMEIRO ESTÃO OS DENTES QUE OS PARENTES

5.1. A saúde bucal da População em Situação de Rua: a experiência do atendimento do Consultório de Rua

Se, muitas vezes, a abordagem da promoção à saúde bucal tradicional é segmentada e criticada, “essencialmente por separar a boca do resto do corpo” (BRASIL, 2012a, p.76), na prática podemos assegurar, a partir dos relatos das pessoas que encontramos nas ruas, que essas ações de cuidado eram inexistentes ou descoordenadas, no cenário onde aconteceu este estudo. Quando, enquanto equipe de saúde e integrantes do CdeR, nos apresentávamos e questionávamos se alguém tinha algum problema relacionado à saúde, comumente eram elencadas problemas de saúde bucal. Era a primeira associação que a PSR fazia, ao relacionar imediatamente demandas de saúde com problemas odontológicos, caracterizando assim, tal assistência como uma das prioridades desse grupo populacional, senão a maior. Indicavam a dificuldade de receber atendimento odontológico³² e por consequência, o agravamento de suas condições. Ao contrário de algumas outras dores no corpo, as de dentes não eram anestesiadas pelo uso do álcool ou de alguma outra SPA. A rotina das ruas não favorece o cuidado em saúde bucal para quem as têm como local de moradia, ainda que provisória. Dificuldades de aquisição de materiais de higiene pessoal e de locais para escovação regular dos dentes, além do uso frequente de SPA, também favorecem o surgimento de vários problemas odontológicos. Vamos ao nosso DC, já que a frase que intitula esse capítulo nos foi dita por Josué, um homem de 37 anos, que havia perdido seus dentes e por isso, segundo ele, perdia também todas as oportunidades de emprego:

A falta de dentes o impossibilitava de se alimentar adequadamente e também de se relacionar afetivamente. Josué era viúvo e morava nas ruas há cinco anos, desde a morte da sua esposa. Ela falecera no parto de sua única filha. A criança também não sobreviveu.

Josué era o quarto filho de uma família de sete irmãos, todos homens e com problemas com o álcool. Começou a beber com 13 anos, iniciado pelo pai e pelos dois irmãos mais velhos. Quando conheceu a esposa, rompeu com a família. Ela tinha sido namorada de um dos irmãos dele e a família nunca aceitou o relacionamento, imaginando que o término do namoro aconteceu

³² Dificuldades de acesso aos equipamentos de saúde pela PSR foram relatadas no terceiro capítulo dessa dissertação.

por causa de Josué. No momento do parto, com o falecimento da esposa e da filha, recebeu o recado dos irmãos de que havia sido punição divina. Tomou isto como verdadeiro e passou a morar nas ruas. “Primeiro os dentes que os parentes”, dizia com a voz rouca. E completou: “parentes são como os dentes, quanto mais separado melhor, para não juntar sujeira”. Josué tinha tentado atendimento na US FAS-SOS para confecção de prótese total, mas tal procedimento só era realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Na época, os cirurgiões-dentistas (CDs) não realizavam próteses nas US, o que dificultava ainda mais a solução para o problema de Josué (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

Como já descrito no terceiro capítulo, a implementação de intervenções biopsicossociais mais efetivas e integradas *in loco* - como o CdeR – pelo MS, ocorreu devido também ao “baixo índice da procura e de acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos” (BRASIL, 2010, p. 8). No entanto, nas ações previstas por esse programa, não estavam contempladas as intervenções em saúde bucal no espaço da rua:

Sua estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: **médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais**. Além desses, eventualmente, poderá contar com **oficineiros** que possam, estrategicamente, desenvolver atividades de arte expressão (BRASIL, 2010, p. 8, grifos nossos).

As necessidades de saúde bucal na PSR marcaram todo o período de existência do CdeR, desde o seu início. Já nas primeiras abordagens a associação realizada por eles entre a palavra saúde e os problemas odontológicos que apresentavam era imediata. Alegavam não terem material para realizar a higienização bucal e nos solicitavam o fornecimento de tais insumos. Atendendo aos pedidos, iniciamos a distribuição de escovas e pastas de dentes. Ao mesmo tempo em que recebiam o “kit de higiene bucal” iniciavam a escovação na torneira da própria praça onde aconteciam nossos encontros. Apesar da satisfação que demonstravam, era visível também a preocupação com os frequentes sangramentos gengivais pós escovação, como já relatado em capítulo anterior. Percebíamos então, a necessidade de se ter na equipe um profissional de saúde bucal, para auxiliar na

orientação, profilaxia e encaminhamentos dos casos que necessitassem³³. Foi assim que o profissional Técnico em Saúde Bucal (TSB) foi inserido na equipe e as atividades de promoção da saúde e da prevenção das doenças bucais tiveram início no CdeR.

Antes da distribuição de escova e dentífrício, de posse de um macro modelo bucal e uma grande escova de dentes, a TSB realizava uma roda de conversa com a PSR sobre orientações de escovação e alternativas para o cuidado em saúde bucal. Acompanhava cada um dos usuários na escovação dos dentes e posteriormente, fornecia uma pastilha evidenciadora de placas bacterianas para que, por meio do corante, pudessem ver no espelho portátil quais os dentes e regiões que necessitavam de maior cuidado.

O protocolo de atendimento odontológico na US ou CEO não privilegiava as peculiaridades da PSR: a dificuldade de acesso aos serviços de odontologia; a constante intoxicação por substâncias psicoativas; a dificuldade em realizar exames complementares solicitados; a utilização da medicação prescrita para outros fins que não o terapêutico; o uso de drogas lícitas e ilícitas como terapia de emergência substituindo o atendimento; a presença de infecções agudas com reabsorções ósseas extensas; a grande vulnerabilidade por “acúmulos” de doenças associadas e o alto índice de absenteísmo nas consultas.

Ainda que as consultas fossem marcadas pelo profissional da equipe do CdeR com quem o usuário tivesse maior vínculo; que fosse garantida sua entrada no equipamento de saúde, por meio do nosso contato com a chefia do serviço; que lhe fosse entregue nas mãos uma carta de apresentação e referência ao serviço encaminhado, atestando que estava sendo acompanhado pela equipe do CdeR; isso tudo não era garantia de comparecimento no local, em dia e horários agendados. Ao serem questionados pela ausência nas consultas, alegavam receio de não serem (bem) atendidos no serviço encaminhado.

Fernando estava nas ruas há 8 anos e nos contou que tinha iniciado há um ano seu tratamento odontológico na clínica-escola de uma universidade. Ele já tinha uma prótese, mas ela estava solta e isso o incomodava e machucava sua gengiva. Ele precisava ajustá-la, fixá-la e também restaurar outros dentes. Compareceu a três consultas e era sempre atendido pela mesma acadêmica. Após a quarta consulta, abandonou o tratamento e

³³ Nessa época, como já relatado, éramos em três profissionais na equipe do CdeR: psiquiatra, redutora de danos e eu, psicóloga.

nunca mais voltou. Ele escutou uma outra acadêmica dizer que não sabia como a que atendia Fernando conseguia ficar perto dele e como ela tinha coragem de mexer na boca de alguém que cheirava tão mal. Por morar na rua, Fernando nos contou que não era todo dia que conseguia tomar banho e que, no dia da consulta, em especial, foi barrado no serviço da assistência por questões de desentendimento com um educador social. Fernando pedia que todos os seus dentes fossem arrancados, para que não mais precisasse se submeter à situações como a que tinha vivenciado (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

As questões de saúde bucal afetam não apenas a saúde física dos usuários, como também a saúde emocional, com a queda da autoestima. Vários usuários afirmavam que a falta de dentes era a responsável por sua dificuldade de encontrar alguma possibilidade de emprego, ainda que informal. *“Ninguém dá emprego para um desdentado”, diziam. “Dingo, banguela e sem endereço fixo, ninguém contrata”* (Fragmentos do relato cartográfico em DC). Observávamos na PSR um grande número de dentes “condenados” por cárie ou doença periodontal (periodontites, raízes residuais, dentes destruídos) que necessitavam endodontia e próteses unitárias para sua recuperação, além de abscessos e infecções crônicas recorrentes, até a necessidade de utilização de próteses parciais ou totais. Na maioria das vezes, a PSR se reportava aos serviços de saúde bucal apenas em situações de extrema dor, para intervenções emergenciais, quando os sintomas exigiam, assim como faziam com dores em outras partes do corpo.

5.2. Inclusão do Cirurgião-Dentista nas equipes de Consultório na Rua: a influência da experiência

Toda a experiência anterior de contato direto com usuários no CdeR apontou para uma restrição de acesso aos serviços de saúde bucal para a PSR, embora a maior necessidade auto percebida pelos moradores de rua era o tratamento odontológico, ainda que não o buscassem de forma espontânea ou preventiva. De acordo com a PNAB, a responsabilidade pela atenção à saúde da PSR é de todo e qualquer profissional do SUS, com destaque especial para a atenção básica. As equipes de CnaR, compostas “por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2012d, p. 62), devem estar cadastradas e lotadas em uma US do território em que atuam.

Na portaria ministerial que estabelecia quais os profissionais poderiam integrar a equipe mínima de CnaR financiada pelo MS, não estava previsto o profissional dentista, apenas o técnico em saúde bucal. Tal legislação - Portaria nº 122 do MS (Brasil, 2012b) - embora definisse diretrizes de organização e normas de funcionamento das eCR, e estabelecesse as equipes multiprofissionais, não contemplava o CD como um possível profissional para integrar a equipe mínima:

Art. 4º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde:

- I - enfermeiro;
- II - psicólogo;
- III - assistente social;
- IV - terapeuta ocupacional;
- V - médico;
- VI - agente social;
- VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; e
- VIII - técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2012b)

Nos termos da legislação, uma vez que o CD não fazia parte da equipe mínima de CnaR para receber o financiamento federal, o TSB deveria estar sob a supervisão do CD vinculado à eSF, da US de lotação da eCR. Na PNAB, entre as atribuições do TSB, destacam-se: “realizar a atenção em saúde bucal individual ou coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo a programação e de acordo com as suas competências técnicas e legais” (BRASIL, 2012d, p.51).

Apesar da presença do CD não estar prevista na portaria do governo federal que estabelece o programa, a inserção desse profissional na equipe viabilizou tanto uma ação direta de busca e atendimento, como uma ação indireta de encaminhamento para as USs. Se contássemos apenas com o TSB ou ASB na equipe só seria permitida a segunda opção. O município de Curitiba resolveu assumir os custos integrais dos profissionais CDs nas equipes de CnaR, considerando a experiência do CdeR, optou em constituir as equipes de forma que a odontologia fosse contemplada e desde seu início as eCR do município contam com dois CDs e três ASB.

Dessa forma, foi apresentado e aprovado na íntegra, na reunião ordinária do Conselho Municipal da Saúde (CMS) de Curitiba, em 20 de fevereiro de 2013³⁴, o projeto de implantação do Programa Consultório na Rua de três equipes modalidade

³⁴ Registrada na Ata de nº 279, do CMS de Curitiba.

III e uma equipe modalidade II. Por meio da Portaria nº 1.299, de 28 de junho de 2013, o município de Curitiba foi credenciado pelo Ministério da Saúde para receber os incentivos referentes às equipes. As atividades das quatro equipes multiprofissionais de eCR iniciaram oficialmente em agosto de 2013 e a inserção da odontologia neste Programa, desde então, passou a ser considerada uma referência nacional como política de saúde para PSR.

A estratégia, além de viabilizar resposta à expectativa do atendimento odontológico, que ainda hoje nos parece ser a principal demanda segundo a própria PSR do município em questão, serviu como um facilitador para o vínculo com a eCR, além do atendimento odontológico impulsionar outras ações de cuidado. Muitas vezes, o tratamento odontológico é uma abertura, uma porta, um trampolim para outras intervenções.

No início, os dois CDs dividiam sua carga horária nas quatro equipes, nos consultórios odontológicos das US de referência para cada território, aguardando os usuários. As equipes acolhiam a demanda dos usuários nas ruas e realizavam o agendamento das consultas nas US, com o CD do CnaR de referência. Verificamos que os indicadores de absenteísmo nas consultas agendadas eram intensos, o que nos fez repensar a estratégia.

Quando questionado sobre o motivo da falta à consulta odontológica, um usuário respondeu: “primeiro que a gente nunca gostou de dentista, né? Todo mundo tem medo. Aquele barulhinho lá, do consultório, é horrível. E eu não conheço o doutor que vai me atender. Não adianta você me falar que ele é legal, eu que tenho que achar ele legal. Outra coisa, os ‘dingo’ aqui não têm medo de nada. Só de injeção e de sentir dor. Por isso que a gente usa o gole³⁵ pra anestesiá-lo” (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

A partir dessa constatação, de que era preciso primeiro estabelecer o vínculo, para depois se propor ações de cuidado, os CDs e ASBs dividiram sua carga horária entre as ruas e os consultórios odontológicos das USs de referência. Ao entender a odontologia como um facilitador no acesso e no processo de estabelecimento do vínculo com a PSR os CDs do CnaR fazem todos os procedimentos realizados pelos profissionais lotados nas US – restaurações, extrações, profilaxia, raspagem,

³⁵ Gíria utilizada na rua para denominar bebida alcóolica.

pequenas cirurgias e prótese total (serviço que, para a população geral, só era oferecido pelos CEO).

Lancetti (2014, p. 15) apresenta o termo “peripatético³⁶” para designar as possibilidades de se fazer clínica para além dos ambientes formais: passear, ir e vir conversando, sessões que acontecem caminhando, a partir de uma clínica cartográfica. “No território e num processo terapêutico que se desenvolve ao ar livre é preciso negociar para funcionar como um enxerto de transferência, para ser ouvido ou simplesmente para que o interlocutor em questão adira à proposta terapêutica” (LANCETTI, 2014, p. 113).

É considerando os apontamentos de Lancetti sobre a práxis peripatética, que a equipe de saúde bucal, nas ruas, realiza aproximações e abordagens, trabalha a conscientização da PSR sobre a importância dos cuidados bucais, distribuindo escovas e pastas de dente, orientando a maneira correta da escovação e utilização de fio dental, além de estabelecer uma relação de vínculo. Esse caminho é permeado por recusas, resistências, negação de contato e receios. Somente após instituída a relação de confiança, do “enxerto de transferência”, é que os usuários são convidados a realizar o procedimento com o CD do CnaR. Muitos aceitam o tratamento porque são sensibilizados primeiro pelos próprios profissionais, no quais já confiam e conhecem, além de terem a garantia de que serão eles quem realizarão o procedimento.

Mehry (2004, p. 173) no texto intitulado “O cuidado é um acontecimento e não um ato” enfatiza que no encontro de trabalho que acontece entre um profissional de saúde e um usuário existirá sempre um espaço intercessor, onde um intervém sobre o outro, em que se supõe que aconteça “a produção de um no outro”, podendo a partir daí estabelecer-se o cuidado. Nesses encontros, ao mesmo tempo que o trabalhador em saúde afeta o usuário, é afetado por ele. Isso acontece porque desse encontro, não é possível sair ileso.

Quando os CDs ficavam apenas nas US, aguardando os usuários agendados pela eCR para consultas odontológicas, sem irem às ruas, conhecerem a realidade de cada usuário, sem estabelecer com eles uma relação de vínculo, sem afetar e ser afetado, o número de faltas nas consultas era alto. A partir das abordagens

³⁶ Termo utilizado em referência à escola filosófica de Aristóteles onde ensinavam andando pelos jardins de Atenas.

realizadas pelos próprios CDs nas ruas, a relação se estabelece e o comparecimento às consultas aumenta consideravelmente. Aquele que afeta também é afetado, do mesmo modo que produz afeto e afecções, utilizando os termos de Spinoza, explicado por Deleuze (1978). Se o afeto é quem determina a variação da potência de agir, uma afecção é “o estado de um corpo considerado como sofrendo a ação de um outro corpo”. Em outras palavras, afecção é a mistura de dois corpos, um efeito ou ação que um corpo produz sobre o outro, implicando sempre em um contato, em um encontro.

A equipe de odontologia do CnaR, ao percorrer as ruas para conhecer os usuários que, a princípio, seriam tão somente seu público a ser atendido, encontrou uma realidade muito diferente daquela observada na procura espontânea pela população geral, que vivenciavam diariamente. Esse atendimento itinerante se fez desafiador, ao sair da rotina das práticas odontológicas tradicionais, gerando desde quebra de preconceitos e estereotípias até a reflexão sobre qual o momento adequado para o atendimento clínico frente às variáveis específicas – biológicas, comportamentais e sociais – dessa população.

No encontro intercessor conforme proposto por Mehry (2004, p. 176), o cuidado é um trabalho vivo em ato, é um acontecimento no qual o trabalhador opera ferramentas de grande complexidade, utilizando três tipos de valises tecnológicas, a saber: as “tecnologias duras”, que englobam aparelhos, instrumentos e materiais que são capazes de processar “imagens, dados físicos, exames laboratoriais, registros, entre outros”; as “tecnologias leves-duras”, formadas por saberes bem estruturados, pelo conhecimento científico, através de protocolos, intervenções descritas em manuais operacionais e por fim, as “tecnologias leves” que só se concretizam com a produção das relações entre dois sujeitos e só acontecem em ato. O que deveriam presidir o trabalho em saúde deveria ser as tecnologias leves, presentes no espaço relacional trabalhador-usuário (MEHRY, 2004).

No caso do atendimento em saúde bucal para a PSR, inicialmente no CnaR, as tecnologias duras e leves-duras estavam todas à disposição dos usuários, por meio dos equipamentos do consultório odontológico, desde a broca ao Raio X, da anestesia ao material para restaurações, o que já é um avanço em si, em termos de política pública. Mas foram as tecnologias leves, o encontro do profissional dentista com o usuário, nas ruas, aliás também uma demanda da própria PSR, conforme relatamos acima, que estabeleceram a possibilidade do efetivo cuidado,

através de um encontro intercessor, onde a partir de alguns simples procedimentos eram estabelecidos alguns “acordos” para o atendimento em um espaço formal: agora dentro do consultório odontológico.

Deleuze (1978) afirma ainda que um corpo não cessa de ser submetido aos encontros, ora com elementos essenciais para a vida: luz, alimento, ar, mas principalmente com outras pessoas, onde aponta que um corpo é primeiramente encontro com outros corpos. Ao trabalhar com a PSR é necessário acolher a vida e respeitá-la, independentemente de como ela se apresente, em condições saudáveis ou precárias, com corpo ferido ou não, higienizado ou não, com marcas do encontro com outros corpos.

A partir dos primeiros encontros, o atendimento odontológico à PSR pode acontecer tanto pelos CDs do CnaR como também pelos das US, sempre após pactuação com o usuário, considerando a melhor opção para ele, planejando o tratamento em conjunto com o usuário. Os atendimentos realizados pelos profissionais do CnaR são feitos em US de referência, em dias e horários específicos, utilizando todos os turnos do dia, inclusive o da noite. Muitas vezes, a própria equipe transportava os usuários com o veículo do CnaR os usuários para esse atendimento. Existiram casos em que, apesar do usuário já possuir vínculo com uma US, prefere ser atendido pelos CDs do CnaR. O atendimento era realizado na US de referência do usuário. A ideia era que, após esses primeiros atendimentos, a equipe da US pudesse se responsabilizar pelos atendimentos subsequentes.

Para que isso aconteça, os profissionais das US precisam estar disponíveis a receber as demandas dessa população, e atentos aos determinantes de saúde relacionados à vida na rua, que afetam sua saúde. Dentre as recomendações para a qualificação da assistência em saúde bucal, destacam-se: a organização do processo de trabalho, com procedimentos mais complexos e conclusivos, bem como a otimização do atendimento do usuário, para aproveitar o máximo de procedimentos clínicos possíveis de serem realizados na mesma consulta, com horário estendido, se for preciso (BRASIL, 2012a).

5.3. Experiência de Curitiba como influência na política nacional?

A partir dos atendimentos realizados, percebeu-se que a busca pelo atendimento de saúde bucal pela PSR acontecia apenas após a doença estar

instalada, e a demanda era para tratamentos curativos, em especial exodontia, periodontia e endodontia, tratamento de lesões de cárie e profilaxias. Os procedimentos odontológicos mais executados também denunciam a falta e/ou a dificuldade de ações de promoção de saúde bucal e prevenção de doenças bucais.

Desde o início de seu funcionamento, Curitiba foi a única cidade do país que ofertava serviços odontológicos no CnaR, uma vez que a presença destes profissionais não estava prevista na portaria do governo federal que estabeleceu o programa (BRASIL, 2014a). Pela necessidade do atendimento odontológico à PSR, foi realizada a inclusão de dois CDs e três ASBs, que não estavam contemplados na legislação pertinente, como visto anteriormente. O então coordenador de Saúde Bucal do MS, Gilberto Pucca, em entrevista institucional à Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), destacou:

Curitiba teve uma experiência exitosa com a implantação dos dentistas no Consultório na Rua. É um profissional que facilita o acesso e o vínculo a essa população. A saúde é um exemplo de equidade e, quanto mais frentes tivermos para chegar à população em situação de rua, melhor (PUCCA, 2014).

A experiência pioneira de Curitiba motivou a possibilidade da inclusão dos profissionais da saúde bucal no CnaR, e se estendeu para o restante do Brasil. Por meio da Portaria 1029 do MS, de 20 de maio de 2014, que “amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências”, a inclusão dos CD nas eCR está prevista:

Considerando a necessidade de ampliar a composição das eCR, resolve:
Art. 1º Os incisos I, II e III do art. 3º da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades:

I Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;
b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, **cirurgião dentista**, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

II Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, **cirurgião dentista**, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

III Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico." (NR)

Art. 2º Ficam acrescentados os incisos IX, X e XI ao art. 4º da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, o qual passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 4º

IX **cirurgião dentista**;

X profissional/professor de educação física; e

XI profissional com formação em arte e educação." (NR)

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência abril de 2014 (BRASIL, 2014b, grifos nossos).

Segundo Jann e Wegrich (2007) os processos políticos raramente apresentam início e fim bem definidos. Os autores indicam que as políticas públicas devem ser constantemente revistas, controladas, modificadas, reformuladas, implementadas, avaliadas e adaptadas. A agenda governamental está intrinsecamente vinculada às diversas problemáticas apresentadas na sociedade, e de acordo com o cenário político essas demandas ganham maior ou menor atenção do governo.

Já Souza (2006) afirma que são três espécies de respostas possíveis para a pergunta de como os governos definem suas agendas. A primeira resposta tem seu enfoque nos problemas. Para um problema entrar na agenda é preciso assumir que algo sobre ele é preciso ser feito, de forma que o reconhecimento e a definição dos problemas afetam os resultados da agenda. A segunda resposta envolve a construção de uma consciência coletiva sobre a necessidade de se enfrentar um dado problema, que pode ser via processo eleitoral, via mudanças nos partidos que governam ou nas ideologias, aliados à força ou à fraqueza dos grupos de interesses. A terceira resposta engloba os atores, que são classificados como visíveis, ou seja, políticos, mídia, partidos, grupos de pressão, e invisíveis, tais como acadêmicos e burocracia. Para a autora, os atores visíveis definiriam a agenda, enquanto que os invisíveis definiriam as alternativas.

O modelo desenvolvido por Kingdon (1995) institui os múltiplos fluxos e se debruça nos estágios pré-decisórios da formulação de políticas. Kingdon (1995) identifica três fluxos decisórios que, apesar de independentes, convergem para influenciar nas decisões e na organização política, e consequentemente na formação da agenda e especificação de alternativas, quais sejam: problemas

(*problems*), soluções ou alternativas (*policies*) e política (*politics*). A convergência desses fluxos cria então a oportunidade de mudança na agenda governamental.

Se concordarmos com Dye (2013) quando defende que a sociedade é heterogênea e, portanto, que as políticas são formuladas em um contexto de pluralidade social, em que cada grupo apresenta suas peculiaridades e problemas específicos de serem resolvidos, e que política pública pode ser definida como aquilo que “o governo escolhe fazer ou não fazer”, poderemos entender que há vários critérios para inserção ou não de um problema na agenda decisória. É possível afirmar que um tema é incorporado à agenda quando identificado como problema passível de se converter em política pública, sem esquecer que para tanto entram em jogo, minimamente, valores, interesses e relações de poder. No caso da odontologia no CnaR, tal tema foi incorporado e entendido como prioridade na política para a PSR.

O trabalho da saúde bucal com a PSR extrapola o sentido da assistência à saúde bucal. Assim que levantavam da cadeira do CD, após a confecção e fixação de uma prótese, a satisfação era demonstrada, conforme entrevista institucional concedida para a página da PMC na internet:

O programa tem proporcionado momentos de alegria a pessoas como Ailton Rodrigues dos Santos, de 27 anos, morador de rua há 19 anos. “Quero me ver no espelho” – foi a primeira frase que disse ao levantar da cadeira do dentista na Unidade Básica de Saúde Vila Hauer, em janeiro, depois de concluir o tratamento, que incluiu limpeza e a fixação de uma prótese. “Morava com a minha família em uma casa abandonada e trabalhei como segurança. Nesta época consegui pagar um dentista em São Paulo, mas aqui ganhei o tratamento todo de graça, fui bem atendido e meus dentes ficaram ótimos. Dá vontade de ficar me olhando no espelho o dia inteiro”, disse Ailton (CURITIBA, 2014a).

São vários os casos em que os atendimentos de odontologia, através de seus procedimentos, promoveram modificações na vida das pessoas, tanto física quanto subjetivamente:

Dona Ester estava nas ruas há mais de 15 anos e apresentava um quadro de transtorno mental severo. Não aceitava nenhum contato e era agressiva verbalmente com qualquer profissional que tentasse se aproximar. A partir da intervenção intersetorial foi possível a estabilização do quadro de transtorno mental e outras intervenções foram realizadas, entre as quais se destacam: diagnóstico e tratamento para doença sexualmente transmissível, realizado dentro do hospital psiquiátrico, acolhimento em instituição para mulheres em situação de rua, continuidade do tratamento em CAPS III, além do tratamento odontológico para confecção de prótese

total. Com pouca informação a seu respeito, imaginávamos que ela tivesse em torno de uns 70 anos de idade. Após a fixação da prótese dentária, Dona Ester remoçou pelo menos 20 anos. Estava irreconhecível (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

Além da possibilidade de ser uma porta de entrada para a sensibilização aos outros cuidados em saúde, a intervenção em saúde bucal com a PSR possibilita também o resgate da autoestima e da cidadania, contribuindo para a reinserção social.

Depois de muito tempo sem conseguirem emprego, após a fixação de próteses, usuários relataram possibilidades de uma nova chance. Foram-lhes devolvidos o sorriso e algumas oportunidades.

6. A MÃE QUE NÃO BALANÇA O BERÇO

6.1. Gestantes em situação de rua: a experiência do atendimento do Consultório de Rua

Uma cartografia realizada por Rosa e Brêtas (2015), que evidencia a violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, demonstrou que são três os fatores determinantes da saída delas para as ruas, a saber: a renda insuficiente para garantir o próprio sustento e o dos filhos; as violências sofridas no contexto doméstico e familiar e, por fim, a ruptura dos vínculos sociais. Nas ruas, essas mulheres passam a conhecer a violência nas disputas territoriais, nas opressões de gênero, na falta de privacidade, no tráfico de drogas e nas práticas higienistas. Todavia, as autoras observaram também que, para viver na rua, é necessário que as mulheres construam relações que assegurem a viabilidade da sua vida cotidiana, uma vez que sozinhas são mais vulneráveis às violências. As pesquisadoras, longe de colocarem as mulheres na condição de frágeis e dependentes, ou de entendê-las como vítimas por estarem em situação de rua, concluem: “A vida na/e da rua não permite clichê; ela é múltipla, é complexa, é locus de conflito e contradição social; aliás, viver na/e da rua per si é uma violência e escancara a desigualdade de direitos dentro de uma sociedade” (ROSA e BRÊTAS, 2015, p.276).

O contato direto com usuárias no CdeR confirma, na prática, que as violências relatadas pela pesquisa de Rosa e Brêtas (2015) fazem parte de seu histórico. Entretanto, em relação ao movimento de saída para as ruas de algumas mulheres atendidas pelo CdeR, é preciso fazer um destaque para um motivo que não aparece nas pesquisas científicas que fundamentam este trabalho, mas que foi relatado por pelo menos três usuárias do CdeR, quando dada a possibilidade de falar sobre si, sobre suas relações com a rua e sobre suas vidas. Tal motivo, será apresentado a seguir, por meio de um fragmento da história de uma usuária do serviço, recortado do DC:

Vim para a rua atrás do amor da minha vida”. Bárbara tinha 23 anos e a certeza de que conseguiria resgatar Jorge das ruas, um rapaz trabalhador e muito esforçado, que, segundo ela, tinha se envolvido com drogas e “se perdido no mundo”. Ele era servente de pedreiro e em uma das obras que trabalhou lhe ofereceram crack. A partir daí, não demorou muito para

abandonar sua casa, família, emprego, e Bárbara, e passar os dias nas ruas do centro da cidade. Ela não sabia de seu paradeiro, até que teve a impressão de tê-lo avistado de dentro do ônibus que a conduzia para uma entrevista de emprego. Desceu no ponto seguinte, e foi ao encontro do homem que parecia ser Jorge. Ao encontrá-lo sujo, mal cheiroso, emagrecido, com roupas velhas e rasgadas, quase não o reconheceu. Naquele dia, pelo impacto do encontro, perdeu sua entrevista de emprego. Começou a “visitá-lo” semanalmente e em pouco tempo a frequência das visitas aumentava. Estava determinada a tirá-lo das ruas e resgatar o homem por quem havia se apaixonado. Em um dos dias em que foi encontrá-lo, não voltou para sua casa. Dormiu com ele na rua. Pelo menos uma vez na semana dormia na rua. A frequência foi aumentando, até que não voltava mais para sua casa. Experimentou várias substâncias com o objetivo de “entender o porquê dele a ter trocado pelas drogas”. Bárbara tinha muita esperança de que junto com Jorge saíam das ruas, abandonariam as drogas e constituiriam uma família. Todos os meses ela suspeitava que estava grávida. Apesar de sempre aceitarem preservativos nos encontros com nossa equipe, tinham relações sexuais desprotegidas. Bárbara engravidou duas vezes, mas em ambas, perdeu o bebê. Não saíram das ruas, nem abandonaram as drogas. Bárbara sempre enfatizava que tinha ido para as ruas por amor. E era o amor que a mantinha por lá (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

A possibilidade de “salvar” seu amado das ruas e reestabelecer com ele a vida que sonhou para si arrastou Bárbara a um universo até então impensável e por ela desprezível. Nesse caso, e no de outras duas mulheres assistidas pelo CdeR, com histórias semelhantes, “salvar” seus parceiros das ruas foi o impulso que as remeteu e as apresentou a uma realidade permeada de muita violência e pouca perspectiva de mudança, considerando as dificuldades que se apresentam a todos que fazem das ruas seu espaço e lugar de permanência e/ou moradia. Uma vez fracassada a missão de “salvar” os parceiros da rua pela via do amor conjugal, a hipótese de que um filho pudesse vir a ocupar essa função não pode ser refutada de imediato. Assim, em outra pesquisa, realizada por Gontijo e Medeiros, em 2008, que objetivava identificar os significados atribuídos à maternidade por adolescentes com experiência de vida nas ruas que optaram por assumir o cuidado dos filhos fora das ruas, verificou-se que um dos significados atribuído ao filho, pelas adolescentes pesquisadas foi “a visão do filho como ‘salvador’ de uma morte certa nas ruas, representando a possibilidade de construção de um futuro, que para acontecer implica a saída da adolescente do espaço da rua” (GONTIJO e MEDEIROS, 2008, não p.).

Se, pelo viés da gestação, não é possível a “salvação”, talvez ela ainda possa resultar em “proteção”, em especial se ela for fruto de um relacionamento, ainda que rápido, efêmero, com o “dono da área”, o líder do espaço, o “senhor do pedaço”,

aquele que o coletivo respeita e teme. Muitas vezes, gerar um filho do “traficante” pode trazer ganhos secundários para a mulher em situação de rua, que é duplamente vulnerável, pela sua própria condição e pela violência a que está exposta. Ganhos esses de afetividade, de *status*, mas principalmente de segurança:

Ninguém é louco pra se meter com as mina do cara, vai pra doze direto. Se meter com a voz do X é uma ida sem volta, explicavam os usuários do CdeR, em alusão ao número das celas nas delegacias e penitenciárias, que eram por eles chamados de X. A voz do X é o líder da cela. (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

São relatos como esse que nos ensinam que a gestação em mulheres em situação de rua não pode ser pensada apenas como falta de planejamento ou da utilização de métodos contraceptivos. Há mais elementos em cena, e que não podem ser desconsiderados.

Nas ruas, enquanto equipe do CdeR, não era possível fazer pré-natal. Quando conseguíamos sensibilizar as gestantes para se dirigirem até uma US, a maioria dos serviços não estava preparada para acolher da forma mais adequada essa população, ainda que legalmente o direito estivesse assegurado:

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

§ 3º Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal (ECA, 1990, p. 12).

Além da falta de acolhimento, a exigência da apresentação de documentos se constituía em barreira de acesso aos serviços, uma vez que, muitas vezes, por questões inclusive com a justiça, não o apresentavam. Em alguns casos nem o nome verdadeiro forneciam. Mas, principalmente, por temerem não conseguir permanecer com seus filhos após o nascimento é que recusavam adentrar qualquer serviço de saúde para realizar tais consultas. Foi a partir da implantação das equipes de CnaR que a assistência se tornou mais efetiva para as questões da maternidade no contexto da rua, como será abordado a seguir.

6.2. Atendimento das gestantes em situação de rua pelo Consultório na Rua: a influência da experiência

Se a rua já se traduz em uma série de riscos para as pessoas que as habitam, estes se ampliam na esfera da saúde pública quando uma mulher está gestante, revelando a precariedade das condições de vida e sobrevivência (COSTA, 2015). A exemplo de Bárbara, várias outras mulheres que se descobriam gestantes vivendo nas ruas não realizavam consultas de acompanhamento gestacional. Almeida e Quadros (2016) afirmam que a permanência nas ruas faz com que a prática de sexo se torne frequente, sem uso de métodos contraceptivos ou algum tipo de preservativo. Dessa forma, a recorrência de gestações ocorre sem controle ao longo da vida dessas mulheres. É um público que carrega uma situação histórica de negação de direitos e de acesso à saúde.

Como verificado anteriormente, dentre as dificuldades destacam-se não só a resistência na vinculação a um serviço de atenção básica que realize seu acompanhamento gestacional, como os desdobramentos imaginados a partir disso, entre eles, a ameaça de não permanecer com a criança, após o nascimento, por ordem da Justiça ou do Ministério Público, em decorrência dos riscos que a situação de rua a expõe. O abuso de álcool e outras drogas também está presente na rotina diária da maioria das mulheres que estão em situação de rua, mesmo nos períodos de gestação. Em dupla condição de vulnerabilidade – pela situação de rua e pela dependência química – essas gestações são consideradas de risco para a mãe e para o bebê.

O manejo adequado da gestante usuária de droga deve ser inicial por meio de estratégias voltadas para a detecção precoce nos serviços de saúde. Essas gestantes, por possuírem maior risco de complicações maternas e fetais em comparação às demais, são consideradas gestantes de alto risco e devem receber atenção especial no período periparto devido à probabilidade de intoxicação aguda que procede ao momento do parto. (ARAUJO et al, 2017, p. 4106).

Uma pesquisa realizada por Yabuuti e Bernardy, em 2014, concluiu que é preciso haver compromisso por parte das políticas de atenção em saúde materno-infantil com o intuito de oferecer uma assistência integral e contínua às gestantes, especificamente àquelas usuárias de drogas, em especial “para que os efeitos

nocivos das drogas de abuso no período gestacional sejam minimizados, e desta forma promover a qualidade de vida ao binômio mãe-filho” (YABUUTI; BERNARDY, 2014, p. 354).

Em outra pesquisa, em 2015, realizada por Costa et al., verificaram que das 13 mulheres pesquisadas, nove consumiam bebidas alcoólicas. Sete delas o faziam diariamente, uma consumia uma vez na semana e apenas uma relatou ter parado de beber em função da gestação. “Na população estudada, as mulheres afirmam que interromper o uso é um ato difícil, tanto pelo vício quanto pelo próprio ambiente em que vivem” (COSTA et al., 2015, p.1097). Dessa forma, a adesão de mulheres em uso de SPAs aos cuidados gestacionais é prejudicada, por se apresentarem vulneráveis e com poucas condições emocionais para gerenciarem todas as demandas dessa fase de suas vidas.

De acordo com o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), a atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização: “É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos” (BRASIL, 2005a, p.7). Por meio do acompanhamento gestacional e da atenção no pré-natal, os profissionais de saúde avaliam a gestação e podem planejar e oferecer ações que visem a redução dos agravos. É possível detectar e prevenir várias situações de saúde, identificar fatores de risco para que a equipe possa estar alerta caso surjam outros elementos eventuais que compliquem a condição da gestante. Em outras palavras, o acompanhamento pré-natal requer que se avalie a dinâmica das situações de risco, e que a equipe esteja de prontidão para identificar problemas de forma a minimizar os agravos possíveis, tanto na gestante quanto no feto, e assim garantir os cuidados ideais até o nascimento do bebê.

Quando constituídas, cada equipe de CnaR de Curitiba foi composta por enfermeiro e três auxiliares de enfermagem, além do profissional médico, e foi possível começar a pensar ações de cuidado das gestantes no pré-natal, principalmente em relação à realização de coleta de exames, ultrassonografias, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, desintoxicação e tratamento de dependência química, entre outras, a partir da orientação do Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério:

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005a, p.7).

As eCRs, apesar de serem consideradas como equipes da atenção básica e na prática funcionarem como uma “unidade de saúde itinerante”, uma vez que podem realizar a grande maioria dos procedimentos que uma US dispõe, não possuem um código no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) ou, em outras palavras, não são consideradas como estabelecimento de saúde. Dessa forma, as equipes são vinculadas à uma US e também podem utilizar o espaço da mesma para realizarem atividades. Com isso, a dificuldade para a realização de cadastros “definitivos” para o atendimento das gestantes em situação de rua e da PSR em geral, continuava presente, e era uma constante, pela exigência documental.

Em contrapartida, os baixos números de acompanhamento gestacional pelas mulheres em situação de rua, pelos motivos já descritos anteriormente, eram e são motivos constantes de preocupação de saúde pública: “A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido” (BRASIL, 2010b, p. 11). Era preciso pensar possibilidades de “desburocratizar” o atendimento de saúde para a PSR, de forma a efetivar seu acesso e consequente vínculo aos equipamentos de saúde, em especial, aos da atenção primária, ordenador do cuidado, de forma a eliminar os obstáculos que impediam todos os usuários de realizarem avaliações/tratamentos/ações preventivas.

Dessa forma, os cadastros definitivos para moradores de rua nas USs começaram a ser realizados a partir da Instrução Normativa nº2, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, de 25 de julho de 2014, que dispõe sobre o cadastramento dos usuários do SUS Curitiba no sistema informatizado e prontuário eletrônico, e a não exigência de apresentação de documento de identidade nem de comprovação ou referência de residência (WOLLMANN et al., 2016):

4. Os moradores de rua poderão efetuar cadastro DEFINITIVO em uma unidade de atenção primária de sua escolha. Para isso não será necessária a comprovação do endereço. Se não possuir nenhum documento com foto disponível abre-se um registro com o nome informado como nome social e cadastra-se com o endereço informado pelo morador, independentemente da área de abrangência (CURITIBA, 2014b).

A partir de então, foram realizadas aproximações entre as eCRs com as equipes das USs, para que trabalhassem articuladamente, através de reuniões de gestão de caso e de elaboração de projeto terapêutico singular (PTS), aproveitando as oportunidades para a realização do cuidado às gestantes em situação de rua, de forma a compreender que, embora a gestação seja um fenômeno fisiológico que deve ser visto tanto pelas gestantes quanto pelas equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, que envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional (BRASIL, 2010b), a grande maioria das mulheres em situação de rua que se descobriam grávidas eram classificadas como gestantes de alto risco³⁷.

Para manter o vínculo com as gestantes em situação de rua, a lógica da estratégia do CnaR não é esperar que as mulheres venham até um equipamento de saúde ou até um ponto de encontro fixo, uma US ou uma praça pública, mas de identificar os locais que frequentam, permanecem e vivem. Seja a pé ou em uma ambulância adaptada, com a identificação visual do CnaR, as equipes percorrem as ruas e praças da cidade à procura da PSR para reconhecer, abordar, acolher e acompanhar suas situações de saúde e propor tratamento. O que se faz, literalmente, é levar o consultório até a rua, até os pontos onde se encontram os que precisam do atendimento e não o procuram.

Segundo o Relatório de Gestão da SMS³⁸ – Monitoramento Quadrimestral - desde o início do programa, em agosto de 2013, “as quatro equipes de Consultório na Rua atenderam a 3.802 pessoas em situação de rua, dos quais (...) 96 casos de acompanhamento de gestantes, com ações de pré e pós-natal, vinculação na US e maternidade” (CURITIBA, 2016b, p. 22). Foram atendidas 91 mulheres em idade reprodutiva, para as quais foram disponibilizados métodos contraceptivos, incluindo comprimidos de uso oral, injetáveis mensais ou trimestrais e preservativos masculinos e femininos.

Alguns casos de gestação foram detectados em consulta na própria rua, já em estágio avançado.

³⁷ Trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto, e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável: são as chamadas ‘gestantes de alto risco’ (BRASIL, 2010, p.11).

³⁸ Relatório referente ao Terceiro Quadrimestre de 2016.

Juliana, quando abordada pela equipe, estava no início do quinto mês da gestação. Usuária de crack, moradora de rua e resistente a tratamentos para a dependência química, foi a partir da escuta do som dos batimentos cardíacos de seu bebê, em uma consulta de pré-natal com a eCR, que decidiu abandonar o crack e sair das ruas, para não repetir com essa filha o que acontecera com os outros dois: “Ninguém vai tirar essa criança de mim. Eu não vou trocar ela pelo crack. Vou fazer por ela o que não fiz pelos outros”. Iniciou tratamento em CAPS AD, resgatou seu contato com a mãe e através de uma ação conjunta da saúde com a Assistência Social do município e com a defensoria pública estadual, fez retorno familiar e teve seu filho na maternidade que foi vinculada ao seu pré-natal (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

Como visto anteriormente, um filho pode ser um estímulo para que uma pessoa comece a ressignificar sua vida e pensar outras possibilidades. As mulheres que habitam as ruas se encontram sem perspectivas, apoio ou planos para o futuro.

Para a realização de ações qualificadas, deve-se trabalhar a atenção baseada em evidências com o apoio à melhoria da assistência e acolhimento, pois, no cotidiano, as mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social sentem-se pouco à vontade e apresentam dificuldade de comunicação, tornando impossível seguir recomendações, principalmente, quando se trata de usuária de drogas ilícitas ou não (ARAUJO et al, 2017, p. 4104).

Segundo a pesquisa com mulheres gestantes em situação de rua de Costa et al (2015, p. 1098), “percebe-se que o cuidar do filho que vai nascer/nasceu é um fator motivador para seguirem em frente, sendo o trabalho visto por elas como a principal maneira de oferecer os cuidados maternos necessários”.

No entanto, nem todas as gestantes conseguem promover mudanças imediatas, sejam comportamentais ou de resgate de vínculos sociais/familiares. Em relação às usuárias de drogas, nem todas as gestantes conseguem abandonar as SPAs:

“É muito mais forte que eu. Eu penso: hoje não vou cachimbar. Quando vejo, é dez, vinte pedras. Um inferno”, dizia Mariana, uma mulher de 25 anos, que vivia embaixo de um dos viadutos da cidade e que no quarto mês de gestação teve um aborto espontâneo (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

Das gestantes acompanhadas pelo CnaR de 2013 a 2016, 12 sofreram abortos espontâneos, todos relacionados ao abuso do uso de álcool e/ou outras drogas. O consumo de drogas por gestantes, além de aumentar as chances de óbitos, pode deixar sequelas às crianças. Segundo Rocha et al., 2016, as substâncias como álcool, tabaco, e também maconha, cocaína e crack, são insalubres à gestante e ao feto e podem representar sérios agravos à saúde física e

ao bem estar psicossocial da mulher e da criança, como aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e comprometimento no desenvolvimento físico e mental das crianças.

Assim, os olhares das eCRs se voltam também para a detecção de mulheres que vivem nas ruas e estão em idade reprodutiva, objetivando realizar diagnóstico de gravidez e imediata vinculação ao pré-natal. O processo de trabalho, por meio do CnaR, também foi ampliado para a sensibilização das mulheres em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos, oferecendo-lhes ações de planejamento familiar e acesso aos métodos anticoncepcionais disponíveis. Por mais complexa que possa ser a definição de planejamento familiar, uma vez que Santos e Freitas (2016) apontam que o foco principal pode estar concentrado no controle da natalidade, é importante salientar que o planejamento familiar para mulheres em situação de rua, tal como o promovido pelo CnaR na experiência aqui analisada, passou a contemplar elementos da saúde da mulher e a sua possibilidade de decidir sobre seu corpo, seus filhos, quando tê-los ou como evitá-los.

6.3. Da invisibilidade aos holofotes: quem decide o que é ser uma boa mãe?

São as instâncias do judiciário, na grande maioria dos casos de mulheres gestantes em situação de rua, principalmente quando dependentes químicas, que determinam a permanência ou não da criança com a mãe. A dependência em drogas cria um ciclo de retroalimentação que progressivamente degrada as condições de vida da mulher. Tal ciclo é desenhado por Rosa e Brêtas (2015): o desfecho do consumo de drogas ilícitas, quase sempre, acarreta a perda da guarda dos filhos, que gera sofrimento e tristeza, aumenta o consumo de drogas e a vulnerabilidade social da mulher. As instâncias do judiciário avaliam que, ainda que as mulheres em situação de rua não desejem entregar seus filhos aos cuidados de terceiros, sua capacidade de cuidar de si e/ou da criança pode estar comprometida, com possibilidade de vivenciar situações que denotem risco ao recém-nascido, e por isso, afastam a criança da mãe.

O número de gestantes em situação de rua acaba por despertar a atenção de alguns órgãos que privilegiam o bem-estar da criança e visam cumprir o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Foi a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que concebeu o ECA, em consonância com a Constituição Federal do Brasil de 1988,

para assegurar, com absoluta prioridade, direitos fundamentais inerentes à condição peculiar de pessoas em desenvolvimento (Brasil, 2014c). Em seu artigo 7º, do Capítulo I, Do direito à vida e à saúde, assegura que:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam **o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso**³⁹, em condições dignas de existência (BRASIL, 2014c, Lei 8.069, 1990, p.12).

Nesse panorama, os olhares e abordagens são paradoxalmente diferenciados em um mesmo contexto, ora voltado para a mãe, ora para o bebê. A mãe, desde sempre invisibilizada socialmente, enquanto que o feto, agora, é hipervisibilizado. Ou seja, os “holofotes do cuidado” se voltam para a criança ainda na barriga da mãe, mesmo que essa mãe nunca tenha sido objeto de preocupação efetiva. E permanece não sendo, uma vez que a hipervisibilidade do feto remete imediatamente à invisibilidade da mãe. É apenas a vida do bebê que importa? Pensa-se na proteção da criança e aplica-se a lei. Como fica a mãe, nesse contexto? Quem decide se ela é suficientemente boa ou não para criar seu filho? Tais questões não cansaram de surgir para a pesquisadora e equipes, quando do cuidado das mulheres aqui citadas.

A narrativa a seguir remonta a história de Angélica, uma adolescente de 15 anos, gestante e em situação de rua em Curitiba, usuária de inalantes e outras drogas, abordada, acolhida e atendida por mim, enquanto psicóloga do CdeR. Angélica compartilhou com a equipe sua trajetória de rua e de luta para conseguir permanecer com sua filha após o nascimento (talvez uma das histórias mais emocionantes que eu vivenciei até hoje):

Era uma noite gelada de junho, bem característica das noites de inverno curitibanas, o relógio da Praça Osório marcava 20 horas, a neblina já estava bem baixa e os pés pareciam congelar, quando um casal se aproximou de mim. Eram Angélica e Felipe, o casal de adolescentes relatado no capítulo 3, e que agora terão sua história mais detalhada, uma vez que foi a primeira gestante atendida por mim no CdeR e seu caso acabou sendo emblemático e com desfecho diferente daquele que desejávamos. Era meu terceiro dia de experiência prática com pessoas que faziam uso de drogas em locais públicos.

A ideia era que nos aproximássemos das pessoas com essas características para poder conhecê-los e entender seu modus operandi de

³⁹ Negrito nosso.

ser e estar no mundo, para, só depois oferecer algum procedimento ou encaminhamento para serviços de saúde. O casal era bem jovem, ele não aparentava ter mais do que 17 anos e ela, entre 14 e 16 anos. Ele, muito desconfiado, não queria muita conversa. Não contou seu nome, tampouco respondeu às perguntas que eu fazia. E eu fazia perguntas demais. Ao ponto que chegou a me perguntar: “É da polícia, moça, para querer saber tanto assim de nós?”. Foi aí, e a partir daí, que entendi que não deveria perguntar muita coisa, que deveria perguntar o mínimo possível num primeiro encontro, e no segundo, e nos seguintes. Foi aí que entendi que não se faz anamnese na rua, ao menos não no primeiro encontro, nem nos que o sucedem, a não ser que se tenha permissão para isso. E a permissão não é explícita. É gradativa, em cada encontro, em cada aproximação e cada recuo.

Ela, diferentemente dele, começou a falar. Pediu que eu não me importasse com as “grosserias” dele, me explicando que ele estava sob efeito de SPA: inalante. “O cheirinho deixa ele assim, desse jeito, mas não ligue, ele nem sabe o que tá dizendo”. Se ele não sabia o que dizia, eu também não, com a diferença de que eu não estava sob efeito de nenhuma substância psicoativa. Eu não sabia o que dizia pelo inusitado da situação, por ser a primeira experiência de contato direto com uma população usuária de drogas em seu local de uso, com a droga na mão. O cheiro de “tinner” fazia arder meu nariz e uma pontada na cabeça denunciava minha inexperiência com a situação. Já havia atendido usuários de drogas dentro de US e de CAPS, mas eles nunca fizeram uso na minha frente.

Ela me conta que tem 15 anos e que está grávida de gêmeos. E que o pai é o Felipe, que vai completar 18 anos em 2 meses. Conta que perdeu sua mãe há 3 anos e que de lá para cá, circula entre a rua, a república de meninas⁴⁰, a casa da mãe de Felipe na favela e uma ou outra noite em pensão, quando conseguem dinheiro para pagar o pernoite. Que esteve por dois meses na Delegacia do Adolescente (DA), por ter sido flagrada furtando junto com Felipe, e ele encaminhado para o Educandário. Tinham saído naquela semana. Angélica não tinha contado para ninguém sobre a sua gestação, exceto para a educadora da DA, que disse ter certeza de que eram dois bebês que ela carregava na barriga. Se fossem meninas, as batizaria como Maria Eduarda e Maria Fernanda. Ou Maria Julia e Maria Carolina. Certo era que as duas seriam Maria, nome de sua falecida mãe. Nem pensou na possibilidade de serem meninos. Ou de um menino e de uma menina. Queria suas Marias. Sabia dos malefícios do uso de drogas na gestação e prometeu a si mesma que não faria mais uso, a partir da manhã seguinte. Aquela noite já tinha usado e usaria um pouco mais como despedida, para depois manter-se em abstinência para a saúde dos bebês.

Anotei em uma das folhas do bloco de receituário que carregávamos conosco, seu nome completo, data de nascimento e nome da mãe e a encaminhei para a US mais próxima da casa de sua sogra, a mãe do Felipe, para iniciar o acompanhamento de pré-natal. Naquela noite, estávamos em três profissionais: o médico psiquiatra, a redutora de danos e eu. Ela garantiu que iria na US. Na manhã seguinte, ao chegar na SMS, liguei para a enfermeira da US para repassar o caso, cheia de esperanças de que em poucos minutos teria a notícia de que Angélica a procurou e iniciou seu pré-natal. A enfermeira prontamente anotou as informações que eu repassava e garantiu fazer contato tão logo a atendesse. Naquele dia não recebi nenhuma ligação. E nos dias subsequentes também não. Na quarta-feira seguinte, dia da ação do PCR, fiz contato telefônico com a enfermeira, mas Angélica não havia ido até lá.

Fui para a praça com um pensamento fixo na cabeça: encontrar Angélica e sensibilizá-la para iniciar o pré-natal. O primeiro contato havia sido muito superficial, ela estava sob efeito de substâncias e tinha revelado que iria

⁴⁰ Casa lar para meninas acima de 14 anos, da Fundação de Ação Social (FAS) de Curitiba.

usar mais ainda, não deve ter nem se lembrado do que combinamos, pensava eu. Ao chegar, meus olhos rapidamente procuravam por Angélica, mas ela não estava lá. Andei no entorno da praça, e cheguei a fazer o caminho do “espelhão”, mas também não estava lá. Comecei a perguntar por ela para toda a PSR que eu encontrava, assim que me apresentava. Dizia que era psicóloga, que era da equipe de saúde e que precisava da ajuda deles para encontrá-la, porque “a gente quer ajudá-la a cuidar do seu bebê”. Nesse dia, conheci uma das faces da rua que mais me impressionou: a solidariedade e a comoção que sentiram ao dizer que a ajudaríamos a cuidar de sua gestação. Naquela noite Angélica também não apareceu.

Mais uma semana se passou e a adolescente não saía da minha cabeça. Fiz mais duas ligações para a US, embora soubesse que era em vão, como que num ritual de persistência. Angélica não tinha procurado a US. Ao chegar na praça à noite, avistei de longe Angélica sentada no banco em que conversamos há 15 dias. Ao descer da kombi, ela veio ao meu encontro: “todo mundo disse que você está me procurando”. E junto com ela vieram vários para garantir a si os louros de ter conseguido transmitir meu recado. Agradei a todos e sentei em um banco isolado, para dedicar toda a atenção para ela. Ela conta que não foi na US porque tinha medo de que eles chamassem o Conselho Tutelar e tirassem os bebês dela, assim que eles nascessem. Que como ela não tinha mais sua mãe para se responsabilizar pelas crianças e a sogra já criava os três filhos da irmã de Felipe, ela achava que ela não iria querer mais um, ou dois... Expliquei que havia feito contato com a enfermeira da US e que a mesma a aguardava para iniciarem o pré-natal.

Angélica contou que estava sem fazer uso de nenhuma SPA há 8 dias. Ofereci também o CAPS AD infantil, que na época atendia exclusivamente crianças e adolescentes com sofrimento decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas. Aceitou alegando desejar permanecer em abstinência, mas com acompanhamento. Na manhã seguinte, um contato com o CAPS foi por mim realizado e explicada toda a situação dela. Assim que desliguei o telefone, recebi a notícia de que Angélica tinha ido na US. Eu não conseguia conter minha alegria. No exame realizado pela enfermeira e pela médica, estava confirmada a gravidez, mas apenas de um bebê e não de gêmeos como anunciara.

Nas semanas seguintes, Angélica ficava muito pouco na rua. Vinha às 4^a feiras contar sobre seu acompanhamento pré-natal, sua vinculação na maternidade e seu tratamento no CAPS. Estava morando na casa da mãe de Felipe, com ele, que ficava bem pertinho do CAPS, que frequentava todos os dias. Estava no quarto mês de gestação e a barriga ficava maior a cada encontro. Para ajudar Angélica em seu tratamento, Felipe não fazia uso de nenhuma droga perto dela e estava conseguindo lidar bem com a diminuição do uso. Até que, em um dia de fissura, foram pegos furtando um estabelecimento comercial; foi flagrante. Felipe, que já havia completado 18 anos, foi encaminhado para o distrito policial e Angélica para a DA.

Como medida protetiva, Angélica ficou internada e recebeu também a determinação de continuar frequentando o CAPS. Chegava ao CAPS algemada, participava das atividades. Estava decidida a ficar com o filho, e teve a garantia pelas educadoras de que se continuasse seu tratamento, a juíza autorizaria permanecer com a criança, desde que com residência fixa. Ela tinha a casa da sogra e estava muito implicada em seu tratamento. No CAPS, foi organizado um chá de fraldas para ela, que recebeu além das fraldas, doações de enxoval completo para o bebê, incluindo até uma banheira de plástico. Angélica estava muito confiante que poderia ficar com o bebê.

Quando chegou a hora do parto, Angélica não pôde amamentar nem ver seu bebê. “Determinação da juíza”. Ninguém soube informar o paradeiro de Angélica, quando saiu da maternidade. Sabiam apenas que Felipe continuava preso. Seis meses depois, encontrei Angélica na mesma praça. Contou tudo o que passou e que da maternidade foi levada direto para uma

comunidade terapêutica no interior do Paraná, distante mais de 300 km de Curitiba. Ficou lá três meses até que conseguiu fugir, voltando a pé e de carona para a capital. A cada frase que contava, dava uma respirada profunda no pano que levava à boca, encharcado de tinner. Em quarenta minutos estava completamente intoxicada, sem conseguir mais raciocinar ou articular as palavras. Foi a última vez que a vi. (Relato cartográfico em Diário de Campo).

A história de Angélica nos remete a pensar a intervenção judicial como uma maneira arbitrária, quando, por não considerar as possibilidades de permanência da mãe com seu filho, atribui-lhe um juízo de incapacidade de cuidar da criança, desprezando todas as mudanças por ela já efetuadas – seguindo rigorosamente a orientação de educadores e técnicos sociais - na tentativa de que seu filho não lhe fosse “tirado”. A retirada compulsória de bebês, filhos de mães usuárias de drogas e em situação de rua é uma prática que ocorre em todo o país, sob a justificativa de proteção desses bebês, uma vez que consideram suas mães incapazes ao cuidado e exercício da maternidade. Já no hospital, seus filhos são encaminhados para acolhimento institucional, sem que lhes restem outra opção senão “aceitar” tal sorte.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2015), emitiu uma nota técnica em que considera que decisões imediatistas de afastamentos das crianças de suas mães, sem uma avaliação processual de cada situação, violam direitos básicos, assim como tratamentos que se baseiam em punição ou encarceramento promovem poucos efeitos terapêuticos. Destarte, a emissão da Nota Técnica Conjunta 001 das Secretarias de Atenção à Saúde e Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, em setembro de 2015, sobre os direitos das gestantes em situação de rua e/ou usuárias de drogas, inclusive no que tange ao direito de permanecer com seus filhos, insere uma ruptura no pensamento de que a vulnerabilidade social pode ser utilizada como condicionante para a manutenção ou eliminação de direitos fundamentais.

A partir de tal Nota Técnica, que se fundamenta em marcos normativos nacionais e internacionais que atribuem às mulheres, adolescentes e crianças a condição de sujeitos de direitos, e orienta gestores e profissionais da saúde sobre as diretrizes e fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém nascidos, é possível pensar e promover ações para o fortalecimento dessas mulheres, agindo a partir de demandas e especificidades que apresentam. Tal documento recomenda, através de 29 itens, que a vulnerabilidade social de

mulheres usuárias de drogas no contexto da rua não pode ser utilizada como condicionante para a manutenção ou eliminação de direitos fundamentais

e de modo mais específico, em seu item 22, afirma que os direitos de liberdade e à saúde não concorrem entre si, e constitui violação aos direitos humanos recomendar que o acesso à saúde e garantia da convivência familiar serão assegurados somente mediante a forçada escolha de não estar mais nas ruas/ou em uso de drogas” (BRASIL, 2015, p. 6).

O documento é finalizado enfatizando a necessidade das instituições de saúde propiciarem lugares de acolhimento e cuidado às mulheres, e destaca que “esses espaços não devem ser cerceadores de direitos ou punitivos” (BRASIL, 2015, p. 7).

Experiências como a da Angélica, relatada acima, de retirada compulsória da criança para encaminhamento institucional, ainda que a mãe tenha atendido todas as recomendações que lhe foram repassadas para a garantia de permanência com o recém-nascido, provoca uma “aversão” das gestantes em situação de rua aos profissionais e serviços públicos, e implica também em maiores comprometimentos nos indicadores de saúde materno-infantis.

Segundo Costa et al (2015) sabe-se que, apesar de estarem em situação de rua, muitas mulheres desejam criar seus bebês. Percebem no filho um fator motivacional para seguirem em frente, planejam um futuro com eles, e, por vezes, junto também a seus companheiros. Por medo de perderem a guarda, inclusive, algumas se escondem e não realizam o exame pré-natal e, como enfatizado, “os serviços de acolhimento pouco ou nada contribuem para esse processo” (COSTA et al, 2015, p.1098). Almeida e Quadros (2016) também apontam para a necessidade de enxergar nessas mulheres algo além da degradante condição de estar nas ruas e do consumo deliberado de drogas que fazem, possível somente a partir da ampliação de espaço e maior visibilidade para suas histórias.

Não são raros os casos de mulheres em situação de rua que têm o parto na própria rua ou em ambientes insalubres, para não correrem o risco de não ficar com o bebê:

Luiza, uma gestante que, apesar das mais diversas abordagens realizadas e tentativas de sensibilização de toda a equipe para o acompanhamento pré-natal, do alto do seu nono mês de gestação e sem se submeter a nenhuma ecografia, dizia estar preparada para o nascimento da criança, pois tinha ido às compras. Imaginando que estava se referindo à peças de

roupas ou algum acessório infantil, pedimos que nos mostrasse. Ela tirou da sacola uma tesoura nova e um rolo de barbante. Eram, segundo ela, os únicos instrumentais necessários para o parto, que poderia acontecer a qualquer momento (Fragmentos de relato cartográfico em Diário de Campo).

Visto que muitas mulheres desejam permanecer com os seus filhos e que aceitam realizar tratamento para a dependência química, identifica-se que a maior parte delas têm vínculos muito frágeis com a família e não possuem local para ficar com a criança após o parto. O município não tinha e ainda não tem um lugar específico de acolhimento social, que ofereça permanência provisória para estas mulheres com os seus bebês, até que elas possuam condições de morar em outro lugar. Se ampliarmos para nível nacional, poderíamos indagar se há, no Brasil, oferta razoável de instituições e políticas adequadas para dar conta tanto das mães como das crianças, separados entre si pelo Estado?

Reitera-se a necessidade de políticas públicas intersetoriais e também de assistência social e de habitação para efetivação da política de saúde. Do contrário, permaneceremos na hipervisibilidade do bebê em detrimento à invisibilidade da mãe, ainda que tenhamos recomendações em notas técnicas para que não ocorra a institucionalização compulsória desses bebês. Antes de retirá-los de maneira forçada, há que se refletir sobre quais são os recursos públicos oferecidos para que se consiga ser uma mãe suficientemente boa, para permanecer com seu filho e exercer a maternidade, de acordo com o que a legislação estabelece?

“*Quem pariu Mateus que embale*”, diz o ditado popular, se referindo à responsabilidade da mãe em relação aos cuidados para com seu filho. Entretanto, tal ditado não se aplica à mulher usuária de drogas e/ou em situação de rua, à qual não é dada a possibilidade de embalar seu Mateus, pela retirada compulsória de seu filho pela justiça. Essa mulher permanece discriminada e invisibilizada, reduzida a nada mais do que uma mãe que não balança o berço, ou no máximo, “uma pedra que pariu”⁴¹.

⁴¹ Em alusão aos “filhos do crack”, expressão utilizada para se referir aos filhos de usuárias de crack e também em referência ao título do artigo de Almeida e Quadros: A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro, de 2016.

7. ENTRE GOLES, PEDRAS, PANOS, CACHIMBOS E FUMAÇAS

7.1. Os cenários de uso de drogas nas ruas: a experiência do atendimento do Consultório de Rua

Ora apresentada como responsabilidade da saúde, ora da segurança pública, a questão das drogas permanece, nos dias de hoje, como tabu para a sociedade, que ainda criminaliza os dependentes químicos e os considera incapazes de gerir os atos de sua vida civil, sem capacidade cognitiva e discernimento necessários para tanto. Sociedade essa que também pouco se debruça sobre a complexidade do debate sobre a descriminalização dos usuários ou a regulamentação do comércio de entorpecentes.

O CdeR de Curitiba nasce em um contexto em que estava em pauta no país o “enfrentamento ao crack e outras drogas”, a partir de diretrizes nacionais estabelecidas principalmente a partir de maio de 2010, por meio do Decreto nº 7.179. Tal decreto instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que preconizava a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários e o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2010b). No que tange aos seus objetivos, o decreto explicitava a PSR como público alvo de ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção social:

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e **população em situação de rua** (BRASIL, 2010b, grifos nossos).

Em seguida, em 2011 o Programa “Crack é possível vencer” foi lançado, contando com a participação dos Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos. O programa estava baseado em três pilares: Cuidado, Autoridade e Prevenção. Foram anunciadas ações para estruturar redes de atenção à saúde e assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares, bem como a redução na oferta de crack e outras drogas ilícitas, repressão ao tráfico, crime organizado e garantia de condições de segurança.

Na época, tanto as US quanto os CAPS AD de Curitiba contavam com a presença dos Consultores em Dependência Química (CDQ) para facilitar a abordagem junto ao usuário de álcool e outras drogas, uma vez que esse profissional carregava consigo uma história de dependência química e uma trajetória até a abstinência total, que era compartilhada com cada pessoa que abordava. Entendia-se essa interação como facilitadora de mudanças, uma vez que escutar de um par não é o mesmo que escutar de um profissional de saúde, porque o par passou por situação semelhante e é passível de um processo empático. A intenção era que a história de abstinência do CDQ fosse utilizada como modelo de sucesso para o usuário, já que conseguiu abandonar a substância da qual era dependente, e a adesão ao tratamento, teria melhores resultados, considerando a sensibilização do usuário realizada por uma pessoa que já experienciou eventos semelhantes aos vividos por ele.

Dentre as atribuições específicas dos CDQ, destacavam-se: promoção de grupos de apoio a dependentes de álcool e outras drogas, a usuários e seus familiares, nas US, enfatizando a importância de conhecer outros grupos de mútua ajuda, tais como: Alcoólicos Anônimos e os Grupos Familiares AL-ANON existentes na comunidade; captar usuários na comunidade que ainda não buscaram apoio nos serviços, através da visita domiciliar, informando sobre o programa de desintoxicação ambulatorial na US; desenvolver ações educativas sobre dependência química em sala de espera.

Ressaltava-se, dentro das especificidades das ações do CDQ, o acompanhamento dos usuários que iniciavam o processo de desintoxicação ambulatorial com o médico da US durante quatro semanas - período em que aguardavam para serem atendidos no CAPS AD - através de grupos de apoio semanal com duração de duas horas. Dessa forma, o acesso aos CAPS AD era limitado, restrito aos encaminhamentos das US e condicionados à participação do usuário no processo de desintoxicação ambulatorial e ao grupo de apoio do CDQ.

Não havia, em 2010, acolhimento para procura espontânea nos CAPS AD, e o processo de trabalho de suas equipes técnicas não era orientado pela estratégia da RD, embora, já desde 2005, tenha sido sancionada a Portaria 1.028, do Ministério da Saúde, que compreende que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias e drogas que causem dependência devem ser baseadas na melhoria da qualidade de vida das

peessoas. E as regulamenta. Tais ações, dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não querem ou não conseguem interromper o uso, objetivando reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou consumo. Ações essas que deveriam ser desenvolvidas respeitando e obedecendo a promoção dos direitos humanos, considerando especialmente o respeito às diversidades de usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência (BRASIL, 2005c). A Portaria garante também o tratamento à dependência causada por produtos, substâncias ou drogas, diagnóstico de infecção do vírus HIV e o tratamento para o mesmo, além de incluir também os tratamentos para hepatites virais e as demais IST, garantindo também todo o sigilo da identidade e liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

Foi nesse cenário que o projeto do CdeR se apresentou, como proposta de atuação com usuários de SPA na sua própria cena de uso, utilizando a tecnologia da RD, que para nós era completamente nova. Entendemos com Lancetti (2014) a RD como ampliação de vida, uma vez que conceitualmente é uma política e uma prática em saúde pública que visa diminuir as consequências e problemas adversos do consumo de drogas. Como política, ela compreende a autonomia do sujeito em suas decisões e busca reduzir as consequências para a sociedade; e, como prática de saúde, visa reduzir os danos à saúde do sujeito que, indiferente à motivação, faz abuso de substâncias psicoativas (LANCETTI, 2014).

A RD é um projeto ético-estético-político, em constante evolução, discussão e adaptação às realidades de cada grupo atendido, buscando a eficácia da atuação. Ela surgiu do crescente número de contaminação de AIDS/HIV entre os usuários de drogas injetáveis e àqueles que possuíam comportamento sexual de risco, sendo assim se instaura como alternativa à abstinência. “Como prática de saúde pública, está em franca sintonia com todas as experiências sanitárias que buscam a defesa da vida” (LANCETTI, 2014, p. 77).

Encontrar as pessoas intoxicadas nas ruas era algo recorrente, desde as nossas primeiras experiências de CdeR com a PSR. Ainda que ficássemos imaginando qual a ordem dos fatos: se a rua por causa das drogas ou se as drogas por causa da rua, os usuários falavam muito pouco sobre isso de início, e eram reticentes ao responder nossas perguntas. O uso constante de álcool e outras drogas nos demonstrava o quão difícil é estar nas ruas, e

a PSR relatava que seu uso muitas vezes se dava para suportar esse fato, numa tentativa de racionalizar e “aguentar a laje”⁴², de forma a estar constantemente fora da realidade (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)⁴³ a RD é um conjunto de políticas e práticas que objetivam a redução dos danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. O foco em questão é o trato e a prevenção aos danos causados pelo uso de drogas, e não em prevenir o uso de uma determinada substância. Esta definição pode ser utilizada tanto para drogas lícitas quanto ilícitas, desde o álcool e o tabaco, até o crack, cocaína, heroína, dentre outras (IHRA, 2010).

Ferrugem era um rapaz jovem e muito articulado, que exercia certa liderança entre os demais e tinha fama de ser um dos responsáveis pelo repasse de drogas na região central da cidade. Fazia sucesso entre as mulheres e também com os homens, que o procuravam para sexo comercial. Muito simpático embora desconfiado, foi um dos responsáveis por facilitar a nossa chegada em campo e o contato com o demais habitantes do espaço da “P.O.”, que era o nome que eles davam à praça. Uma noite me perguntou qual era exatamente o objetivo do CdeR e o porquê de toda semana estarmos com eles na praça. Respondi que era uma forma de levar atendimento às pessoas que não procuravam os serviços de saúde e principalmente as pessoas que faziam uso de drogas na rua. Ele me respondeu que eu podia saber bastante dos livros, mas que do mundo e das drogas e dos “dingos” eu não sabia nada. E disse então que iria me explicar. Ferrugem me deu uma aula sobre cada uma das substâncias que ele já tinha experimentado, do que era feita, como realizavam sua oxidação, quais seus efeitos, tempo de duração, padrão de uso e variação de preço, para comprar na biqueira⁴⁴ ou para aquisição no centro da cidade. Em seguida, olhou profundamente nos meus olhos e revelou: isso tudo, que eu te expliquei, essas paradas, as tais das “substâncias”, elas afetam nosso corpo e nosso cérebro. Droga mesmo, você ainda não sabe o que é. E eu vou te dizer. Droga, mesmo, é a minha vida. Sabe quando as pessoas dizem que o cara que não tem mãe, nasceu de chocadeira? Eu sou um desses. Eu não tenho mãe. Olha aqui no meu documento. Mãe desconhecida. Como assim, mãe desconhecida? No meu documento só tem o nome do meu pai. Fui criado pelo meu pai e por um monte de madrastas. Meu pai aprontou muito, fez coisa errada e numa delas, colocou a culpa em mim. Por isso que eu vim parar na rua. Eu mesmo, não fiz nada. Eu estudava, ia bem na escola, Adriane. Eu também podia ter sido doutor. Mas acabei “caindo” com os da polícia. Tudo por causa do meu pai. Entendeu o que é droga? O que realmente é droga? Droga não é isso aí que vocês estudam nas faculdades. Droga é o que vocês nem sabem da vida. Droga é a vida de cada um aqui, que vocês conversam.

⁴² “Laje” é o termo utilizado pela PSR para se referir a ação de dormir na calçada, no chão, ao relento.

⁴³ IHRA – International Harm Reduction Association

⁴⁴ “Biqueira” é o local, na comunidade de periferia, onde a droga é vendida por preços mais acessíveis.

Dos ensinamentos que tive naquela noite - sim, porque a cada encontro a PSR nos ensinava muito - algo nunca mais me abandonou: o entendimento de que a droga é, no máximo, um sintoma do sujeito, e que não pode ser utilizada para reduzi-lo ou para identificá-lo. Que elas causam, em sua maioria, experiências altamente prazerosas, aliviando tensões e provocando estados alterados de consciência que amenizam situações incômodas é inegável. Mas reduzir o sujeito à droga que ele utiliza e supor que esse seja o maior problema de sua vida, faz com que a distância entre profissional e usuário se torne cada vez maior. Muitas vezes a droga nem é vista como um sintoma para o sujeito, mas o é para o profissional. Assim, este acaba ocupando um lugar de prescritor do cuidado, estabelecendo unilateralmente, na maioria das vezes, planos de abstinência às SPA que nem fazem sentido para o (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

É preciso considerar, com Silveira (2009), que as drogas não devem ser classificadas em boas ou más em si mesmas, senão pelo papel que adquirem na vida de cada sujeito. O que vai determinar se uma droga é ou não prejudicial e/ou destrutiva vem a ser a relação que cada pessoa estabelece com ela. Todavia, quando se pensa a dependência química, há que se considerar que ela reúne situações sociais muito diversas: desde recursos para suportar a exclusão até estratégias para que cada cidadão possa se sentir incluído socialmente.

A PSR muitas vezes utilizava classificações entre si, a partir das drogas de preferência de cada um: aqueles que não faziam uso de nenhuma droga ou ainda, os que usavam álcool e maconha ocupavam um lugar de destaque, pois não eram por eles considerados como dependentes químicos ou alguém que precisava de algum tipo de tratamento. *Álcool é lícito e maconha é quase, diziam.* Entre os “nóias”, estavam duas categorias: os que usavam crack e os que usavam inalantes. Aqui é necessário fazer uma digressão para contextualizar que, embora o crack seja visto socialmente como a droga mais incapacitante e de efeitos mais prejudiciais, a experiência nos demonstrou que os inalantes causavam em muito pouco tempo um estado de obnubilação total da consciência, e eram utilizados por adolescentes e adultos jovens. Por último, os “backeiros” - usuários de drogas injetáveis - considerados por eles como os que não têm mais nenhum tipo de esperança em sair das drogas, ou das ruas, ou de ambos.

Os backeiros são o fim da feira, tão só bagaço. Quando o cara chega nesse estado, é terminal. Ninguém conta que usa o back. O povo tem vergonha de assumir. Quantos já falaram pra vocês que usam? Eles não falam. Contou Miguel, um técnico de enfermagem que estava na rua há três anos e já tinha trabalhado como funcionário da SMS (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

Com a experiência do CdeR com usuários crônicos de SPA, começamos a entender que os tratamentos para a dependência química deveriam se adequar a necessidades distintas. Tínhamos uma questão complexa a ser considerada: os usuários que atendíamos nas noites de quartas-feiras passavam o dia, e muitas noites, intoxicados. Não se submetiam a seguir as orientações estabelecidas no protocolo de desintoxicação ambulatorial para iniciar tratamento no CAPS AD. Diante disso, configurava-se a urgência de repensar os serviços para dependentes químicos de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários, principalmente, em situação de vulnerabilidade. Era necessário criar alternativas de acesso e vínculo ao serviço de atenção psicossocial para a PSR, uma vez que o menu tradicional das ofertas das US muitas vezes não contemplavam as necessidades demandadas pelas inúmeras vulnerabilidades de quem está em situação de rua.

Assim, foram eleitos dois CAPS AD para encaminhamento das pessoas atendidas pelo CdeR, um destinado ao atendimento do público adulto e outro para crianças e adolescentes. Em relação ao CAPS AD para atendimento de adultos, estabeleceu-se que teríamos inicialmente três vagas para avaliação na segunda-feira seguinte, às 12 horas. Para tanto, era preenchido um encaminhamento, que o usuário levava consigo ao serviço de saúde e uma cópia carbonada conosco, para registro e para que no dia seguinte pudéssemos ligar no CAPS e repassar o nome dos três encaminhados. A distância da praça até equipamento de saúde era de aproximadamente cinco quilômetros, e os usuários faziam esse percurso a pé. Relatavam que demoravam entre uma hora a uma hora e vinte minutos de caminhada na ida e o mesmo tempo para voltar. Alguns iam todos os dias. Outros, quando estavam bem. Muitos, quando não estavam. E dessa maneira, os profissionais do CAPS se viram obrigados a pensar estratégias de redução de danos para uma população que não estava acostumada nem a ser acolhida em nenhum dos espaços coletivos, nem adaptada a altos níveis de exigência com relação a horários, início e término, execução de atividades nas oficinas, entre outras situações vivenciadas nos serviços diariamente. Tampouco estavam os usuários do CdeR acostumados com orientações que não tivessem a abstinência total como foco principal:

Quando distribuíamos as squeezes e orientávamos para que fizessem ingestão de água durante o dia, intercalando com a bebida alcoólica, escutávamos que não poderiam fazer isso, porque teriam “cirrose”. Cirrose é uma doença que dá no fígado de quem toma muito gole e mistura com água, explicavam. É igual aquela música: “eu bebo sim, estou vivendo, tem gente que não bebe está morrendo... Bebida não faz mal a ninguém, água faz mal à saúde”⁴⁵, cantavam (Fragmentos do relato cartográfico em DC).

É Lancetti (2014) quem comenta o quão impressionante é ver, nos locais onde se pratica a RD, como as pessoas que não tinham o mínimo de atenção com sua saúde e não frequentavam as US passam a se preocupar com seus semelhantes que necessitam de maior atenção, fazendo circular ondas de solidariedade e cooperação sanitária: “Estas ondas e estas redes informais funcionam como contágio e disseminação francamente micropolíticas” (LANCETTI, 2014, p.81). Os primeiros usuários do CdeR encaminhados ao CAPS foram os que exerciam algum tipo de liderança no grupo. E, na semana seguinte, eles mesmos solicitavam “o papel” para seus colegas que já haviam convencido anteriormente, para que iniciassem o mesmo tratamento e viessem somar ao grupo da caminhada até o local.

As ações que visam à redução de riscos ou danos a partir do uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo Lancetti (2014) primordialmente devem ser pensadas sob a perspectiva de uma rede integrada de atenção, onde cada saber técnico possa contribuir com o que de mais relevante exista em sua área. A eficácia das ações está diretamente relacionada à forma como a equipe aborda e vincula-se ao usuário. Algumas noites isso ficava muito claro, conforme a fala de um usuário do CdeR:

Clóvis, de 21 anos, vem ao meu encontro muito sorridente e me fala: hoje eu vou te deixar bem alegre... pode fazer o papel pro CAPS pra mim... e eu, bem alegre, fiz. Na semana seguinte, perguntei a ele: como foi lá? Ele me responde que não tinha ido, porque havia perdido o papel do encaminhamento. Solicita que eu faça novamente, e novamente “me deixa alegre”. Isso se repetiu por mais quatro semanas, até que falei que naquela semana precisaríamos deixar a vaga para outra pessoa. Ele respondeu: Tudo bem... É que eu acho que o que vocês querem da gente é que a gente vá lá... e eu não quero decepcionar... mas eu ainda não tô pronto pra ir lá... porque eu não vou conseguir deixar de fumar... mas um dia eu consigo... você não vai ficar triste se eu não pegar o papel hoje? Clóvis me fez entender que, muitas vezes, vamos com uma expectativa a campo, e

⁴⁵ Canção de Elizeth Cardoso e composição de Luiz Antônio e João do Violão.

deixamos transparecer aos usuários. Não respeitamos o tempo de cada um, tentando impor a eles o nosso tempo, que pode ser muito diferente cronologicamente. Compreendi a frase de Lancetti: “a clínica é um processo cheio de paradoxos. Acrescidos, neste e noutros casos, do ônus que implica atender alguém que não está pedindo ajuda” (LANCETTI, 2014, p. 84) quando entendi que ele não queria encaminhamento ao serviço, mas sim, através dele, agradar a mim em nome de uma relação de estabelecimento do vínculo (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

Em contrapartida, é preciso ter consciência da não possibilidade de estabelecer vínculos positivos com todos os sujeitos que atendemos, e que se deve trabalhar com uma equipe atenta às dificuldades, tanto pessoais quanto do próprio grupo. Lanceloti (2012) afirma que os vínculos são inclusivos, importantes não tanto em programas e projetos, mas no existir para o outro. Lembra que a PSR está cansada de ser tratada de maneira fria e tecnicista, “não se estabelece vínculo que humaniza em atendimento compartimentalizado onde a pessoa é encaminhada, e não acompanhada, onde se transforma em dados, fichas e deixa de ser o que é: pessoa” (LANCELOTI, 2012, p. 27).

Tudo ia bem com os usuários que iniciavam o CAPS. Eles chegavam perto do horário do almoço, almoçavam, tomavam banho e faziam alguma oficina que o serviço oferecia no período da tarde. Às vezes, chegavam muito intoxicados, precisando do leito de desintoxicação. Outras tantas, mesmo intoxicados, iam até o serviço, mas não entravam. Outras vezes ainda, se perdiam pelo caminho. Mas o CAPS estava em seu planejamento diário e quando faltavam vinham justificar conosco a ausência. Numa noite de quarta-feira, estavam muito bravos e assim que chegamos vieram contar que não mais iriam no CAPS. O que aconteceu, perguntei. Chamaram a gente de fedido lá. Quem chamou? Uma técnica. Perguntou se eu ia tomar banho e eu respondi que não sabia. Ela disse que eu tinha que tomar, porque eu estava “fedidinho”. Eu não quero ir lá para ser maltratado por alguém.

Foi quando perguntei como era a relação deles com a profissional que sugeriu o banho para eles. Responderam que não a conheciam muito bem, que ela era distante, nunca tinha se interessado por eles e que vivia de conversinhas com outros funcionários do serviço, provavelmente falando mal deles. Problematizei a situação perguntando o que aconteceria se tivesse sido eu, a redutora de danos ou o médico do CdeR quem tivesse feito tal comentário. Ferrugem me respondeu que a gente podia comentar o que quisesse, porque eles sabiam que não tínhamos “nojo” deles, mas que ela tinha. Respondi que então o problema não estava no que havia sido dito, mas sim, localizado na pessoa que comentou, uma vez que eles não a consideravam como alguém com vínculo com eles. Concordaram e ficaram de pensar na possibilidade de continuar no CAPS. Poucos foram os que voltaram lá depois desse episódio. Entendemos que, para trabalhar com essa população, tão importante quanto a capacidade técnica de cada profissional é a capacidade de acolher sem critérios de exclusão. No caso relatado, não foram os usuários que não aderiram ao tratamento. Foi o serviço que não aderiu aos usuários (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

Estabelecer vínculos é uma aprendizagem possível e uma dimensão humana que podemos desenvolver, nos ensina Lanceloti (2012), quando indica que é impossível conviver sem estabelecer vínculos que humanizem, facilitem o encontro e possibilitem respostas, mas ressalta que para tanto, são necessários: o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, que estabelece limites bem como a capacidade das equipes de avaliarem constantemente suas ações.

7.2. A Rede de Atenção Psicossocial e as Pessoas em Situação de Rua

É de conhecimento público que em diferentes contextos, lugares e culturas, o uso de drogas acontece há milhares de anos por diferentes pessoas. Segundo Oliveira (2009) foi a partir da disseminação da ética cristã, na Idade Média, que as substâncias químicas passaram a ter uma conotação imoral e pecaminosa, uma vez que eram fonte de prazer sem esforço, e em decorrência, foram proibidas. O aumento do consumo de SPA a partir do século XX é apontado por Pratta e Santos (2009), em especial nas duas últimas décadas, vindo a ser considerado um fenômeno de massa e uma questão de saúde pública. O diagnóstico para dependência de SPA exige avaliações de diversos aspectos em relação ao conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. A dependência é o último estágio do consumo, e se caracteriza por um padrão de autoadministração repetida, que pode resultar em tolerância, abstinência ou consumo compulsivo da droga. O tratamento é prolongado, difícil e delicado, e envolve processos de sofrimentos físico, psíquico e relacionais (PRATTA e SANTOS, 2009).

Não era raro escutar, nas intervenções diárias, dos usuários dos CdeR e CnaR, que vieram a conhecer o mundo das drogas só depois que conheceram o mundo das ruas:

“Eu não fiquei direto na laje por causa de droga, não. Eu era avião, mas não usava. Sabe o que é avião? Avião é um tipo de transporte. Burro também é. Mas eu não deixava ninguém me chamar de burro. Eu não era burro. Era um avião de esperto. Eu que fazia toda a entrega da encomenda lá no bairro. Mas eu não usava nada. Eu quis começar a ganhar mais dinheiro, e vim fazer as entregas aqui no centro. No centro o ‘bagueiro’ é doido. Não dá pra se segurar. Ganhei mais dinheiro, mas perdi tudo, no consumo. E quando eu quero parar, fico uns dias sem usar, vem os ‘playba’, de carro importado, acorda eu pra conseguir pra eles. Eu dormindo. Vou atrás. Daí minha parte nem vem mais em grana. Vem em produto. Eu até tento. Os

mano é que não deixa eu parar”, Gringo 21 anos, anteriormente morador de um dos bairros com maior incidência de tráfico de drogas em Curitiba. (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

Muitas vezes a droga adquire um preenchimento de necessidade básica emocional, como se a falta de segurança, afeto e amor pudesse ser suprida pelos momentos de bem-estar que a droga proporciona. Tondin, Barros Neta e Passos (2013) apontam que o problema do uso abusivo de drogas pela PSR se mostra complexo, pela composição de fatores que, somados, reforçam a situação de exclusão social de parte da população, que aparece de forma marginalizada e invisibilizada pela reação da sociedade: “Esta postura social agride profundamente e produz um rebaixamento de autoestima, já minada pelo descaso, preconceito, estigmas e desesperança, levando-os ao autoabandono, descuido e desinteresse total pela vida” (TONDIN, BARROS NETA e PASSOS, 2013, p. 07).

Tínhamos a impressão de que os usuários do CdeR e CnaR viviam entorpecidos para esquecer a constatação de passar seus dias sem serem vistos, reconhecidos, ou lembrados. Sem serem humanos. Ou humanizados.

“Ah, mas eu queria era ver tu aqui, na sarjeta, sem usar nada”, dizia Zeca, um homem de 42 anos e 11 na rua. “Tem patrão que chega aqui, na laje, se gabando que não bebe, nem fuma. No primeiro vento da “madruga”, já vem chorando nosso “gole”. Pra suportar a rua, os “pau no gato sem massagem”, as “trairagem”, só batizado. Quem tem batismo não morre pagão. Eu sei que o ditado não é assim. Mas na rua, ninguém tem padrinho. É cada um por si, mas nós “batiza” os que chega aí. Na verdade, cada um se batiza sozinho. Na rua, é salve-se quem puder a toda hora”. (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

As drogas lícitas e ilícitas possibilitam a PSR a fuga da realidade, além de ser uma das poucas opções de prazer que a sua condição de vida lhe permite (CARLINI, 2006). Contudo, tal prazer é volátil, desaparece junto com a cessação do efeito da droga. Sem ela, o indivíduo entra em contato novamente com a sua situação e, novamente a usa para esquecer.

O sujeito que está em sofrimento decorrente do abuso de álcool e outras drogas tende a buscar constantemente a substância. A relação que o sujeito possui com a droga é muito particular, e nunca de uma forma específica, podendo ser recreativa, abusiva e a adição (SANTOS; COSTA-ROSA, 2007).

“A gente sempre tem uns troco para o gole”, contava Ganso. “Quando eu vou manguear, eu já tô falando que é pra comprar bebida. Não minto não.

Quando a gente fala a verdade as pessoas gostam. Tem aqueles que não dariam dinheiro se falasse que não era pro gole. Eu já chego dizendo que sou honesto. Que tô magueando na honestidade. E eu não roubo ninguém. Eu só “dou a Elza” de vez em quando”. Ganso era uma das pessoas em situação de rua com a maior eloquência que eu já conheci. Tinha uma voz forte e contava ter sido radialista. Aposentado do INSS, patrocinava algumas “festinhas” para os companheiros da rua. A prática de maguear – pedir dinheiro a população geral – acontecia sistematicamente, uma vez que o dinheiro de sua aposentadoria não durava muitos dias, em decorrência da distribuição que dele fazia. (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

Partindo do pressuposto de que as práticas de saúde em alguns momentos se apresentavam divididas, e muitas vezes na direção oposta das necessidades dos usuários, foi necessária a compreensão de uma nova proposta de atuação na saúde pautada na universalidade, integralidade e equidade das pessoas com transtornos mentais. Qualquer proposta de atendimento que se pautasse em apenas uma forma de ação ou apenas um local de referência, não demonstrava resultados eficazes. Os CAPS, como serviços de saúde municipais, comunitários, abertos, que tinham como função organizar a rede de atenção aos sujeitos com transtorno mental nos municípios, eram regidos pela Portaria de nº 336, de 2002. Nela, estabelecia-se que, através de ações intersetoriais, deveriam prestar atendimento clínico sob o regime de atenção diária, evitando internações e promovendo a reinserção social das pessoas.

Era competência dos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, buscando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, tanto familiares quanto comunitários (BRASIL, 2002). Apenas em 2011, por meio da Portaria 3088, de dezembro de 2011, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Assim, é garantido o direito de que essas pessoas pudessem circular e ser atendidas pelos diversos serviços oferecidos, pautando suas ações nas seguintes diretrizes:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, grifos nossos).

Dentre os objetivos da RAPS destaca-se o de garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. A PSR, em todos os pontos de atenção da RAPS, tem o direito de ser atendida conforme sua necessidade. Todos os componentes da RAPS, por meio de seus pontos de atenção, devem atuar de forma articulada, com serviços de base territorial e comunitária; com ações intersetoriais e devem atender as necessidades da pessoa que procura o serviço (BRASIL, 2011).

Dos pontos de atenção da RAPS, o serviço que mais compartilhava o cuidado da PSR com o CnaR era o CAPS AD III, inaugurados em Curitiba a partir de 2013. Ainda que garantida pela legislação a vinculação da PSR aos serviços 24 horas, o CnaR enfrentou dificuldades, principalmente no que tange ao acolhimento imediato, para o mesmo dia.

Djalma chegou ao trailer do CnaR muito decidido a iniciar tratamento e parar com as SPAs. Contava que tinha visitado no final de semana sua esposa e filhos e ela sinalizou que se ele parasse com as drogas ela o aceitaria em casa. A equipe começou a fazer contato com os CAPS, para verificar qual deles tinha leito disponível. Receberam negativa de todos os serviços contatados. Não era possível aguardar agendamento. Precisávamos aproveitar a decisão e a motivação de Djalma para vinculá-lo a um serviço. A equipe insistiu. Chegou a escutar de um profissional do CAPS de que ali não era um serviço exclusivo para moradores de rua, uma vez que já estavam com alguns em acolhimento noturno. Foi necessário que eu, enquanto gestora do CnaR fizesse contato com o gestor do CAPS, para que Djalma pudesse ao menos ser acolhido por algum profissional para uma primeira entrevista, naquele dia. (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

Os CAPS AD III foram instituídos pela Portaria 130, de janeiro de 2012, que o define como o ponto de atenção do componente da Atenção Especializada da RAPS, destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012e). A portaria estabelece também, em seu artigo quinto, as características de seu funcionamento, das quais destacamos os artigos I, II, X e XII, apresentados a seguir:

I - constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc.);

(...)

X - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras;

(...)

XIII - orientar-se pelos princípios da Redução de Danos

(BRASIL, 2012e, grifos nossos).

A partir dos dados obtidos no Relatório Quadrimestral da SMS (CURITIBA, 2016b), desde seu início de funcionamento em 2013, o CnaR sensibilizou e encaminhou usuários para os serviços da atenção psicossocial especializada, dos quais os que compareceram para avaliação em CAPS AD totalizaram 506 casos, até dezembro de 2016. Desses, muitos fizeram uso do acolhimento noturno em leito, onde puderam permanecer até 14 dias durante 24 horas no serviço.

Simas e Souza (2015) comentam sobre os impasses e as lacunas na assistência à PSR que ficam evidentes após um exercício de escuta atenta e ativa dessas pessoas:

No território existem muitas pedras, algumas passíveis de serem fumadas, outras duras de transpor, contudo por trás da neblina midiática, da saúde, da educação, da miséria, só podemos afirmar que o fenômeno contemporâneo das cracolândias é um fenômeno social complexo que convoca a um questionamento do modelo da nossa sociedade e exige respostas diferenciadas das tradicionais (SIMAS e SOUZA, 2015, p.97).

Apesar de os CAPS serem ferramentas fundamentais no atendimento de sujeitos com transtornos mentais ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, funcionando a partir da RAPS como um serviço “porta aberta”, atendendo à demanda espontânea e, agora, sem a necessidade de encaminhamentos de outros serviços, na prática, a RD não era uma realidade de todos os serviços, ainda que fosse preconizado na Portaria que lhe instituiu. Dos 506 casos que foram avaliados, alguns não deram continuidade ao tratamento no serviço. Um dos desafios é a qualificação dos profissionais em RD, visando um atendimento ético, respeitoso e equitativo.

Durante a experiência junto ao CnaR, não foram poucos os relatos de usuários que não aderiram ao tratamento dos CAPS. Às vezes, as “portas abertas” não se abriam, como no caso do Djalma. Outras, o próprio usuário não as queria abertas. É necessário o entendimento da sua organização assistencial e o conhecimento sobre a natureza deste processo. Só assim, se concretizarão ações pautadas em novas tecnologias para um atendimento adequado, além de uma relação harmoniosa dos profissionais e usuários do sistema.

7.3. Os manicômios que ainda habitam cada um de nós

Desde a promulgação da lei federal 10.216, de abril de 2001, popularmente conhecida por “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), surgem novas formatações de atendimento à pessoa com transtornos mentais, com vistas a oferecer um tratamento mais humanitário e respeitoso, no interesse exclusivo de beneficiar sua própria saúde. Instaura-se, dessa forma, o princípio do cuidado em liberdade, proposto em serviços extra hospitalares, de forma que não mais se reproduzissem as adversidades criadas pelo enclausuramento nos manicômios.

Hospital deriva de hospitalidade, hospedagem. Com sua origem na idade média, era o lugar que oferecia abrigo, alimentação e assistência aos pobres, mendigos e demais necessitados. Não tinha o propósito de tratamento médico e, em consequência, a pobreza se tornou análoga à doença (AMARANTE, 2003). No maior hospício do Brasil, o Colônia, em Minas Gerais, mais de 70 por cento dos pacientes que foram internados à força não tinham diagnósticos de doença mental. Eram os

“indesejáveis” aos olhos da sociedade, compostos em sua maioria por alcóolatras, homossexuais, prostitutas, epiléticos, “gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. (...) Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos” (ARBEX, 2013, p.14).

Das características da PSR que aumentam o estigma e a discriminação da sociedade, o uso prejudicial de álcool e outras drogas, ou os problemas com a toxicod dependência, fazem com que a sociedade exija do poder público uma atitude que viola os direitos constitucionais e humanos da PSR. O uso de drogas ilícitas em espaços públicos promove um movimento social de repulsa, exigindo a retirada dos usuários ainda que involuntariamente, de forma compulsória, sob a égide de “encaminhamento para tratamento” em instituições que isolam o usuário, ou seja, internamentos à força em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas, independentemente da motivação do sujeito para o tratamento.

“As pessoas acham que porque a gente bebe e usa drogas, a gente não sabe se cuidar e não pode decidir pela própria vida. Ficam chamando a gente de zumbi e dizendo que a gente não tem mais neurônio, que a droga queimou tudo. O que um drogado quer não é ser tratado como bicho, que não pensa. O que um drogado quer é ser tratado com carinho, ouvir conselhos, saber que tem alguém que se preocupa com ele. E daí sim ele vai se cuidar”. Carla era casada com Daniel, moraram nas ruas durante seis anos. Conseguiram emprego e alugaram uma casa para morar. (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

Apesar de generalizada, esta não é a única nem muitas vezes a principal característica desta parcela da população brasileira. São termos e pensamentos como estes que induzem a violência velada contra essas pessoas, que por motivos diversos acabaram por decidir utilizar os logradouros públicos como espaço privado de moradia e convívio entre os seus. A utilização de estereótipos e preconceitos para retratar a PSR implica na apropriação que se pode fazer do próprio rótulo utilizado. O processo de identificação com as representações sociais designadas à PSR implica em diversas rupturas de laços familiares, sociais e afetivos, obrigando as pessoas a vivenciar novas formas de relacionamento, sendo inclusive expostas às situações desumanas e estigmatizantes. O discurso de arrumar um emprego e ter uma vida digna é recorrente entre a PSR, ao contrário do que o senso comum possa pensar:

A maioria das pessoas acha que os moradores de rua são vagabundos. Eu não sou vagabundo! Eu estou na rua porque não tenho pai, nem mãe. Não tive oportunidades na vida, fui garçom, sou garçom! Mas preciso de um emprego! Ficaram de arrumar um emprego para mim, mas não arrumam! Todo mundo diz que não há vaga, quando eu falo que durmo na rua ou no abrigo (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

Este novo estilo de vida requer que o indivíduo crie mecanismos psíquicos de adaptação, assim como estratégias de produção da existência, em relação a esta nova realidade que se impõe a ele. Qualquer profissional que trabalhar junto à PSR deve levar em conta todos esses fatores e buscar compreender não somente o sintoma, como por exemplo, a toxicodependência ou as feridas causadas pelo seu estilo de vida, mas considerar que por detrás de todos os sintomas existe uma vida que sofre a dor de existir na situação em que se encontra (BRASIL, 2012a). Pelbart (2011, p. 45) afirma que há um “corpo que não aguenta mais tudo aquilo que o coage, por fora e por dentro” e se refere aos conceitos foucaultianos de adestramento e disciplina: “Diante disso, seria preciso retomar o corpo naquilo que lhe é mais próprio, sua dor no encontro com a exterioridade, sua condição de corpo afetado pelas forças do mundo.” (PELBART, 2011, p. 45).

O que temos hoje, em tempos de Reforma Psiquiátrica, ainda são serviços de saúde mental que acatam a função que lhes foi imposta pela sociedade e é permanentemente assegurada por ela: a de excluir seus “indesejados”. Somos corresponsáveis por esse processo e precisamos sistematizar e refletir sobre a nossa prática, sobre a nossa clínica e os instrumentos que estamos construindo para lidar com a questão das drogas no cotidiano. Muita coisa mudou, mas o estigma do “viciado” ainda traz consigo uma perturbação e uma crença, que acarreta, mesmo nos dias de hoje, uma segregação. Essas se revelam quando o “drogado” é confinado atrás de muros numa tentativa de ter sua “doença” arrancada, muitas vezes de forma involuntária ou compulsória, principalmente quando a internação psiquiátrica é a única e exclusiva opção.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005b, p.27)

Repensar a prática dos serviços de saúde para as pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a partir das disputas ético-políticas, opera uma revisão e reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria e da saúde mental e aponta para a construção e invenção de novas estratégias de assistência e cuidado. Tal feito requer no mínimo disponibilidade em questionar a prática, os conceitos, os preceitos e preconceitos, para que se produzam novos caminhos possíveis de cuidado inclusivo. Ao deslocar a base de nosso pensamento, poderemos criar novas práticas e novas estratégias de ação. E nesse sentido, corroborando com o pensamento de Amarante (2003), não estaremos apenas inovando, estaremos produzindo descontinuidades, discursivas e não discursivas.

O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura. (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402).

Talvez não sejam apenas muros, grades ou camisas brancas de força que excluem, isolem ou aprisionem. Os serviços extra-hospitalares também podem “enCAPSular” seus usuários, mantendo-os “asilados” em suas oficinas terapêuticas, grupos de convivência, atividades de geração de emprego e renda, sem promover a autonomia e a “reinserção social” tão preconizada em leis e portarias.

“Mas eles vêm aqui só para comer, tomar banho e ficar deitados, tomando soro na enfermaria. Aqui não é hotel, nem albergue. Para frequentar o CAPS, o paciente tem que participar das oficinas, chegar no horário que começa, não no meio. Eles só atrapalham. Além de que chegam com cheiro de bebida, com cheiro ruim de falta de banho, e empesta toda a sala. Os outros ficam reclamando. Atrapalha todo o trabalho da oficina. Eles podem vir, mas têm que obedecer as regras. Eles não obedecem as regras. Nem banho eles tomam para vir aqui, querem tomar banho aqui. Fazer do CAPS seu hotel”, desabafou a profissional responsável por agendamentos de PSR em um dos CAPS do município. (Fragmentos de relato cartográfico em DC).

Antes de tudo, o que se deve pretender é instaurar uma nova significação da vida na sociedade em que o usuário de drogas seja respeitado em seu sofrimento, em sua individualidade, em sua condição de cidadão, desde o seu tratamento, através de uma ética que, segundo Paes Barreto (1999), privilegia a diferença, a singularidade, o caso a caso.

Mas o certo é que a maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade, e em seus problemas mais cadentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência. Nesse caso, não cabe aos terapeutas procurar novas estratégias clínicas: os pacientes é que devem adaptar suas demandas às ofertas dos serviços. Tal linha de ação foi criando uma corrente tecnocrática e burocrática: os CAPS envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes, voltam a centrar-se no psiquiatra. Retornam os ambientes sombrios e o odor de *hallopidol* que caracteriza, pelo cheiro, o hospício ou a clínica. (LANCETTI, 2014, p.47-48).

É preciso pensar os espaços substitutivos aos hospitais psiquiátricos para dependentes químicos como espaços que suportem e priorizem a diferença, a vida e a singularidade de cada um, que respeitem o que há de mais humano em cada ser que chegue até eles. Que sejam espaços de entrada e saída, de processo, plantando a semente de uma mudança social. Local em que as portas estejam sempre abertas para o acolhimento e a criação. Para a ressignificação da vida, independentemente de como ela se apresente. Para possibilitar o processo de adesão do serviço ao usuário. E não apenas o contrário. Antes, porém, há que se abrir os portões do manicômio que existe em cada um de nós, para assumir uma posição ética de afirmação e ampliação da vida.

8. PRA NÃO DIZER QUE EU NÃO FALEI DAS DORES OU O MOMENTO DE CONCLUIR

A diferença entre morar em uma casa e “morar na rua” não está apenas no local físico de moradia, mas no simbólico que cada um ocupa no âmbito social. A diferença está principalmente na indiferença. A diferença está no (não) olhar da sociedade, na invisibilidade que permeia a pessoa em situação de rua. Alguém que está “na rua da amargura” ou que foi “mandada para o olho da rua” é uma pessoa que, ao menos temporariamente, está desamparada, sem proteção, solidariedade ou abrigo e, em consequência, sem perspectivas de futuro.

Quando alguém anda em uma calçada, quase tropeça em um “morador de rua” e ainda assim não o enxerga, demonstra o quanto essas pessoas estão invisibilizadas para a sociedade. E o que é invisibilizado não incomoda. O problema aparece quando se começa a revelar que há uma parcela da população que faz das calçadas sua “laje”, e que tem um funcionamento de acordo com uma outra lógica, dimensão de valores, e conceitos diferentes daqueles que a sociedade impõe. Quando se percebe o diferente, muitas vezes se hostiliza e, não raro, isso se dá em forma das mais diversas violências.

Este trabalho buscou aproximar a realidade das pessoas que vivem nas ruas - na improvisação de recursos que lhe permitem sobrevivência – por meio da experiência da execução de políticas específicas de saúde, inovadoras, extramuros e itinerantes para atendimento da PSR de Curitiba. A partir da problematização da experiência vivenciada na implementação do CdeR e do CnaR, pode-se ter uma maior compreensão dos *modus vivendi e operandi* dela, para também instrumentalizar as propostas e possibilitar novas intervenções.

Olhar para a experiência possibilitou realizar uma série de leituras que favorecem a avaliação da política. Política essa que, apesar de ter como objetivo a ampliação do acesso da PSR aos serviços de saúde, procura antes entendê-la como cidadã de direitos e garanti-los. Política que foi construída, tanto a nível nacional quanto local, não apenas por técnicos, mas em conjuntamente com os usuários, no dia-a-dia e com os representantes do movimento social que defendem os direitos desse segmento populacional.

Além do conjunto de necessidades em saúde que foi elencado neste estudo, sobre a saúde bucal, gestação e dependência química, são muitas as possibilidades

de realização de novas pesquisas. Entre elas, ressaltam-se dois assuntos que não foram abordados nesse estudo: o diagnóstico e o tratamento para o vírus HIV, com especial atenção na dificuldade na dispensação medicamentosa para indocumentados frente as novas determinações do Ministério da Saúde, bem como a necessidade de rever o protocolo para tratamento da tuberculose, que define que o número mínimo de dias em que a medicação deve ser observada pela equipe de saúde, sem considerar as especificidades das pessoas em situação de rua.

Cabe reforçar que, uma vez compreendido que o objetivo do Programa Consultório na Rua é o de aumentar o acesso e o vínculo aos serviços de saúde de usuários em situação de rua - historicamente desassistidos pela atenção básica tradicional - há que se prevenir que o CnaR não se torne uma unidade básica móvel e exclusiva para atendimento da PSR. Isso implica em estabelecer com as equipes dos diversos serviços de saúde, planos diferenciados de cuidado, com gestão de caso compartilhado. Não se tratam de meros encaminhamentos, uma vez que eles devem ser feitos de forma implicada, quando os profissionais se responsabilizam não só pelo acompanhamento, mas também pelo monitoramento de cada usuário. Um exemplo seria uma gestante em situação de rua sem nenhum acompanhamento, que, abordada pela eCR, estabeleceu gradativamente com ela uma relação de confiança e posteriormente foi vinculada à uma US. Nesses casos, o acompanhamento de pré-natal é realizado pela equipe da unidade, enquanto que a eCR monitora e oferece apoio para acompanhá-la em exames mais complexos, em serviços especializados, se fosse o caso. A recomendação se justifica pela tendência dos serviços de saúde reproduzirem modelos excludentes, que segregam, sob a égide de ter no município uma equipe “especializada” em atendimento de PSR.

Com a realização desse trabalho foi possível também concluir que, na intenção de produzir uma terapêutica singular para cada usuário em situação de rua, o CnaR deflagra algumas fragilidades dos serviços de forma a problematizar os modos de cuidados que são oferecidos pela assistência em saúde. Ao fazer isso, tensiona tanto a rede de saúde, quanto a intersetorial, uma vez que, como visto anteriormente, as intervenções de saúde também dependem de outras políticas para serem efetivas, quais sejam: alimentação, higiene, habitação, entre outras. A construção de uma rede intersetorial inclusiva, potente e resolutiva, que objetive

aparar as lacunas assistenciais, em todas as searas, tendo a PSR como foco, é um dos requisitos para a efetivação da política pública de saúde.

Ao longo do processo de reorientação da assistência psicossocial no SUS, consolidaram-se e ampliaram-se muitos serviços e redes de cuidado neste campo por todo o país, motivando a constante reflexão nas diferentes dimensões implicadas no cuidado - gestão, equipes, trabalhadores e formadores - tendo em vista a urgência que se problematize a necessária qualificação das práticas para este “novo olhar” da assistência em saúde. Ainda hoje, não raro se delega às drogas os problemas sociais relacionados às pessoas em situação de rua. Ao escutá-las, verifica-se que muitas vezes as drogas são um recurso de sobrevivência, anestesiando a dura realidade enfrentada para quem faz das ruas seu local de permanência, ainda que provisória. Ademais, reduzir as pessoas em situação de rua ao problema das drogas reproduz um modelo excludente e legitima uma ação higienista que é apontada como a “solução”: o internamento compulsório, que é uma medida judicial que funciona por determinação e pode prescindir da avaliação da equipe de saúde.

Ainda que gestores e técnicos apresentem resistência em relação às ações de RD, ainda que sejam timidamente consideradas como intervenções de saúde pública pela necessidade de uma diversificação do menu de serviços que não estejam amparados apenas na abstinência ser reconhecida, uma das recomendações que fazemos para a implantação de novas equipes é que o planejamento e investimento de suas ações sejam fundamentados na estratégia da RD. Tais ações, baseadas nos princípios da diversidade humana, permitem, além de facilitar o movimento de aproximação entre os usuários em situação de rua com os equipamentos de saúde, que seja também respeitado e levado em consideração o tempo subjetivo de cada usuário, assim como suas possibilidades de adesão ao que se estabelece como plano terapêutico singular, desde que construído em conjunto com cada um deles.

A preocupação das políticas de saúde deve estar voltada para as mais diversas formas de vida e com suas possibilidades de serem ressignificadas. Para trabalhar com pessoas em situação de rua não basta apenas ter disposição. É também preciso disponibilidade. A aceitação incondicional do outro não se aprende em um banco de escola ou num curso de formação. É preciso vivenciá-la todos os dias. A atuação do profissional precisa ser pautada por articulações que propiciem

ao sujeito novas oportunidades para que se reestabeleça sua autoestima, para resgatar sua identidade e se apropriar de seus direitos como cidadão.

A oportunidade de criar vínculos com usuários de serviços de saúde, nos convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas ou seja, não é apenas um sintoma, um órgão ou membro de um corpo. A humanização do atendimento proporciona um local favorável para a uma (re)construção como sujeito, sendo este possível de autonomia, liberdade para falar, julgar e desejar. O preconceito precisa ser eliminado entre as atividades profissionais, para que seja possível um efetivo trabalho em rede, inclusive de forma intersetorial, uma vez que são interdependentes um serviço do outro, das mais diversas políticas públicas. Afinal, é de gente que a saúde se ocupa.

Parafraseando Eliane Brum: cuidar é escutar e enxergar as demandas de vida, possibilitar encontros, acontecimentos e afetos. É não tratar como morte o que está vivo e como coisa ou bicho o que é gente. É também resgatar um lugar de sujeito para cada pessoa que socialmente está à margem da sociedade, e por isso é chamada de marginal, que é excluída, exterminada, incendiada, invisibilizada e vítima das mais diferentes violações de direitos todos os dias. Cuidar é também ter ouvidos para escutar a “favela” e disponibilidade para lhe dar voz.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. J. R.; QUADROS, L. C. de T. **A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro**

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000100018 acessado em 14/04/2018.

AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

ARAUJO, A., SANTOS, A. dos, LÚCIO, I. et al. **O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal**. Rev enferm UFPE on line. Recife, 11(Supl. 10):4103-10, out., 2017. Disponível em

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231171/25139> acessado em 17/03/2018

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AYRES, J.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C., FRANÇA JR, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.

BARCHIFONTAINE, C. P. **Vulnerabilidade e dignidade humana**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.30, n.3, p. 434-440, 2006.

BRASIL. Casa Civil (1990). **Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

_____. Casa Civil (2001). **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm acessado em 14/06/2018.

_____. Ministério da Saúde (2002). **Portaria 336**, de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html acessado em 12/06/2018.

_____. Ministério da Saúde (2005a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5)

_____. Ministério da Saúde (2005b). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Novembro de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf acessado em 12/06/2018.

_____. Ministério da Saúde (2005c). **Portaria 1028**, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html acessado em 12/06/2018.

_____. Casa Civil (2009a). **Decreto Presidencial nº 7.053**, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009b). **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional da Assistência Social, 2009b.

_____. Ministério da Saúde (2010a). Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010a, 48 p.

BRASIL. Casa Civil (2010b). **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7179.pdf acessado em 14/06/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde (2011). **Portaria 3.088/2011GM/MS**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html acessado em 12/06/2018.

_____. Ministério da Saúde (2012a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 97p.

_____. Ministério da Saúde (2012b). **Portaria nº 122**, de 25 de Janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF. 2012b.

_____. Ministério da Saúde (2012c). **Portaria nº 123**, de 25 de Janeiro de 2012. Define o número máximo de equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF. 2012c.

_____. Ministério da Saúde (2012d). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d, 110 p.

_____. Ministério da Saúde (2012e). **Portaria 130**, de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html Acessado em 12/06/2018.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (2013). **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. Brasília: SDH, 2013.

_____. Ministério da Saúde (2014a). Portal MS. **Programa Consultório na Rua é destaque em Curitiba**. Matéria de 19 de março de 2014a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/sas/10619-programa-consultorio-na-rua-e-destaque-em-curitiba>, acessado em 12/01/2018.

_____. Ministério da Saúde (2014b). **Portaria nº 1029**, 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em Suas Diferentes Modalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2014b.

_____. Ministério da Saúde (2015). Nota técnica conjunta nº 001 – SAS e SGEP. Diretrizes e fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos, 2015.

BRITO, G. C. S. **Dimensão subjetiva da política pública: análise da experiência de atendimento da pessoa em situação de rua**. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2015.

CATRIB, P.R.V.M. e OLIVEIRA, I.C.S. **A cartografia na enfermagem: uma proposta de abordagem metodológica**. Esc. Anna Nery vol.14 n.2 Rio de Janeiro. Apr./June 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200026, acessado em 25/04/2017.

CARLINI, E. A. **Epidemiologia do uso do álcool no Brasil**. Arq. Méd. ABC, supl. 2, p. 4-7, 2006.

CASTEL, Robert. **As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação**. Cadernos CRH, Salvador, n.26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

COSTA, A.P.M. **População em situação de rua: contextualização e caracterização**. Revista Textos & Contextos. 2005; 4(1): 1-15.

COSTA, L. B. **Cartografia: uma outra forma de pesquisar**. Revista Digital do LAV - Santa Maria - vol. 7, n.2, p. 66-77 - mai./ago.2014. Disponível em https://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/15111/pdf_1 acessado em 10/06/2018.

COSTA, S. L., et al. **Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.3, p. 1089-1112. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-01089.pdf> Acessado em 17/03/2018.

CURITIBA. Fundação de Ação Social. **Pesquisa sobre a População em Situação de Rua de Curitiba**. Matéria de 30 de junho de 2016a. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/fas-realiza-pesquisa-sobre-populacao-em-situacao-de-rua-de-curitiba/40126> acessado em 15/02/2018.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Consultório na rua faz evento de confraternização**. Matéria de 14 de dezembro de 2012b. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/consultorio-na-rua-faz-evento-de-confraternizacao/28151> acessado em 12/01/2018.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final de Gestão do Consultório de Rua de Curitiba**. 2012b.

_____. Prefeitura Municipal. **Experiência de Curitiba com população de rua serve de diretriz nacional**. Matéria de 22 de junho de 2014a. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/experiencia-de-curitiba-com-populacao-de-rua-serve-de-diretriz-nacional/33335>, acessado em 13/01/2018.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Instrução Normativa nº 2**. Dispõe sobre o cadastramento dos usuários do SUS Curitiba no sistema informatizado e prontuário eletrônico. 2014b. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Instru%C3%A7%C3%A3o%20Administrativa%202%20republicada.pdf> acesso em 05/03/2018.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão – Monitoramento Quadrimestral SUS Curitiba. 3º Quadrimestre de 2016b**. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/RDQA_3%C2%BAquadrimestre%202016.%20vers%C3%A3o%20aprovada%2015.02.16%20corrigida.pdf acessado em 06/06/2018.

DELEUZE, G. **Aulas em Vincennes [1978-1981]: aula de 24 de janeiro de 1978**. Tradução de Francisco Traverso Fuchs. Disponível em http://www.spinoza_filosofo.blogspot.com.br/ Acessado em 17 de janeiro de 2018.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (2011). **Mil platôs**. Vol. 1. 34ª ed. Rio de Janeiro: Letras.

DYE, Thomas R. **Understanding Public Policy**. 14ª ed. Harlow (England): Pearson Education Limited, 2013.

FALKEMBACH, Elza Maria F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. In: **Contexto e educação**. Ijuí, RS Vol. 2, n. 7 (jul./set. 1987), p. 19-24

FAS. Fundação de Ação Social de Curitiba. **Central de Resgate Social**. Curitiba, 2017. Disponível em: <http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/noticia.aspx?id=830> acessado em 08/01/2018.

FERIGATO, S.H. e CARVALHO, S.R. **Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, vol.15, n.38, pp.663-676. Epub Sep 23, 2011. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>

FIPE. **Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua da cidade de São Paulo**. Secretaria de Assistência Social – SAS/Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE. São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%2015%20-%20OUT%2015.pdf , acessado em 15/01/2017.

FLEURY, S. (2011). **Desigualdades injustas: o contradireito à saúde**. *Psicologia & Sociedade*, 23 (n. spe.), 45-52, agosto 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a07v23nspe.pdf> Acessado em 11/10/2015

FREITAS, Rosane Souza. **A Política de saúde para população em situação de rua: o Consultório na Rua de Curitiba-Pr**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.

GONTIJO, D.; MEDEIROS, M. **“Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas**. *Cad Saúde Pública* 2008;

24:469-72. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200026&lng=pt Acessado em 17/03/2018.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION (IHRA). **O que é redução de danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres, 2010. Disponível em:
http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf . Acesso em: 21/07/2018.

IPEA. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em
http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf acessado em 12/01/2018.

JANN, Werner; WEGRICH, Kai. **Theories of the policy cycle**. In.: FISCHER, Frank; MILLER, Gerald J. SIDNEY, Mara S. (orgs.) Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods. Boca Raton / London / New York: CRC Press, 2007. pp. 43-62.

KAMI, Maria Terumi Maruyama. **Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no Consultório na Rua: subsídios para a elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico**. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2015.

KASTRUP, Virginia. PASSOS, Eduardo. ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

KASTRUP, V. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. In: Passos, E., Kastrup, V., Escóssia, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

KINGDON, John W. **Agenda Setting**. In: THEODOULOU, Stella Z.; CAHN, Matthew. Public Policy: the Essential Readings. New Jersey (USA): Prentice Hall, 1995.

LANCELOTI, J. **Vínculo no atendimento à população em situação de rua**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

LANCETTI, A. **A Clínica Peripatética**. São Paulo, Hucitec, 2014.

LUCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. **O movimento antimanicomial no Brasil**. Ver. Ciência e Saúde Coletiva, 12 (2) 399-407, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n2/a16v12n2.pdf> acessado em 18/06/2018.

MACERATA, Iacã Machado. **“...como Bruxos maneando ferozes”: relações de cuidado e de controle no fio da navalha: experiência “psi” em dispositivo da política de assistência social para crianças e adolescentes em situação de rua.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2010.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação.** Brasília: LiberLivro, 2010.

MELO, T. H. A. G. **A rua e a sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua.** Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011. 194 f.

MERHY, E. E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato.** In: MERHY E. E. & FRANCO T. B. (Orgs.) Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde - textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 172-182

MERHY et al. **Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.** In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy ... [et. al.] - 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PAES BARRETO, F. P. **Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção.** In: Passos, E., Kastrup, V., Escóssia, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PELBART, Peter Pál. **Vida Capital – ensaios de Biopolítica.** São Paulo: Iluminuras, 2011, 252p.

_____. **Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo...** In: Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.19-26, 2015.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução.** Psic.: Teor. e Pesq. [online]. 2009, vol.25, n.2, pp.203-211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt acessado em 13/06/2018.

QUINTÃO, Paula. **O Sujeito (Oculto) e a cidade: A arte de Wodiczko.** Psicanálise e cultura, 2008. 31(46), 104 – 107.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises.** Psicol. cienc. prof. v.23 n.4 Brasília dez. 2003. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010 acessado em 10/06/2018.

ROCHA, P.C.; ALVES, M. T. S. S. B.; CHAGAS, D. C.; SILVA, A. A. M.; BATISTA, R. F. L. e SILVA, R. A. **Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jan, 2016 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00192714.pdf> , acessado em 08/06/2018.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo.** Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989.

ROSA, C. M. M. **Vidas de Rua.** São Paulo: Hucitec: Associação Rede Rua, 2005.

ROSA, A.S.; BRÊTAS, A.C.P. **A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil.** Interface (Botucatu). 2015; 19(53):275-85. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf> acessado em 10/06/2018.

SANTOS, J. C., FREITAS, P. M., **Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011, 16. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018467017> > Acessado em 06/06/2018.
SANTOS, C. E. dos; COSTA-ROSA, A. da. **A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos.** Estud. psicol., 2007, vol.24, n.4, pp. 487-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400008&lng=pt&tlng=pt Acesso em 05/07/2018.

SILVEIRA, D. X. **Dilemas Modernos: drogas, família e adolescência.** São Paulo: Atheneu, 2009

SIMAS, R. S., SOUZA, D. **Território de Pedra.** In: Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca – 1. Ed, São Paulo: Hucitec, 2015.

SODELLI, M. **Vulnerabilidade, Resiliência e Redes Sociais: Uso, Abuso e Dependência de Drogas.** In: Vulnerabilidades, Resiliência e Redes – Uso, abuso e dependência de drogas. SILVA, E. A.; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y.G. São Paulo: Red Publicações, 2015.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, 2006.

SOUZA, J. **Ralé brasileira: quem é e como vive.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (orgs). **Saberes e Práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.

TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A.; PASSOS, L.A. 2013. **Consultório de Rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua**. 2013.

Disponível em:

<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/download/929/730> Acessado em 02 de junho de 2018.

TRINO, T. A.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. **Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua**. In: Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. Ed, São Paulo: Hucitec, 2015.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde**.

Psicologia e Sociedade. v.13, n.1, p.56-69, jan/abr 2004.

WOLLMANN, A.; MASSUDA, A.; NETO, P. P.; ROS, C.; LOWEN, I. M. V. **O cuidado em saúde da população em situação de rua**. In: A gestão participativa na saúde de Curitiba/ organizado por Samuel Jorge Moysés e Antônio Dercy Silveira Filho. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2016.

YABUUTI, P. L. K.; BERNARDY, C. C. F. **Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial**. Revista Baiana de Saúde

Pública, Salvador, v. 38, n. 2, p. 344-356, 2014. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2014/v38n2/a4393.pdf> acessado em 08/06/2018.